

Letalidad asociada a drogas ilícitas

Deathliness associated to illicit drugs

Dr. Blas Alid Cordera¹

Resumen

La temática de las drogas ilegales es un asunto amplio. Sus diversas aristas son motivo de constante debate en nuestra sociedad. Sin embargo, el debate presenta una carencia de enfoques sanitarios que al ser abordados podrían contribuir a mejorar la calidad de observaciones y propuestas para avanzar. Como una forma de aproximarse al riesgo de consumir drogas ilícitas, se realizó una revisión bibliográfica respecto a letalidad asociada a su consumo. Se estudiaron los artículos y se obtuvieron medidas de frecuencia de las diversas drogas. Además, se analizaron las muertes y clasificaron en dos grupos: por un lado, en las que se empleó buscando los efectos propios de estas sustancias y al riesgo inherente a su consumo; y por otro, en las que se lograba identificar alguna condición anexa evidente. De acuerdo a esta revisión, se puede concluir que a partir de la muestra bibliográfica revisada, un importante número de muertes se podrían haber evitado. El presente documento, aporta observaciones y referencias bibliográficas que entregan luz al debate en torno a las contribuciones que el enfoque salubrista le puede dar al consumo y presencia de drogas.

Palabras clave: *Drogas ilícitas, Letalidad, Salud Pública, Política de drogas, Enfoques Salubristas.*

Abstract

The issue of illegal drugs is a broad topic. Their various edges are constantly being debated in our society. However, the debate has a lack of broader sanitary approaches that could contribute to improving the quality of observations and proposals in order to move forward. As a way of approaching the risk of using illicit drugs, the present document offers a literature review of the concerning lethality associated risks with drug use. A selection of articles were studied and frequency regarding use and causes of various drugs were obtained. In addition, deaths were analyzed and classified into two groups: on the one hand, based on the effects of these substances and the risk inherent in their consumption; and on the other, based on related conditions and causes. According to the executed review, it can be concluded that from the sample bibliographic peer-review, an important number of deaths could have been avoided. The present document, delivered remarks and bibliographic references shedding light to the debate around the contributions that the bioethical approach can give the consumption and the presence of drugs.

Key words: *Street drugs; Fatal outcome, Public Health, Drug Policy, Health based approaches*

Recibido el 4.3.13. Aceptado el 3.5.13.

1 Médico cirujano. Residente Programa de Formación de Especialistas en Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Contacto a blas.alid@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias que alteran el estado de conciencia es bastante frecuente tanto en jóvenes como adultos de nuestro país. Desde una perspectiva histórica, se sabe que el uso de alucinógenos se remonta a la prehistoria, postulando que la idea misma de la divinidad surgió como resultado de los sobrenaturales efectos de estos agentes (1).

Los jóvenes que utilizan drogas con fines recreacionales, probablemente intuyen que en este mundo oculto y prohibido de las drogas se esconde una experiencia difícil de lograr por otros medios, no necesariamente negativa para su vida, contradiciendo el discurso legal y social que dicta las peores consecuencias asociadas a su consumo.

En Chile es abordado como un problema de seguridad más que como un problema sanitario, y es así como el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) depende del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

Escasean programas educativos imparciales y guías de autocuidado para quienes consumen drogas y, además, podríamos asumir que existen barreras culturales para la búsqueda de información y eventuales consultas médicas de consumidores, dada la condición de ilegalidad de muchas de estas sustancias.

Depende del tipo de droga el efecto que se producirá en el organismo. Por otro lado, el riesgo de producir dependencia o muerte asociado a su consumo, seguro obedecerá al modelo de enfermedad planteado por los determinantes sociales de salud, donde lo estructural está dado principalmente por la jerarquía social y posición socioeconómica, supeditando a los factores biológicos, psicosociales, conductuales y al sistema de salud a factores intermediarios (2).

Poco sabemos de muchas drogas en cuanto a su farmacodinamia y efectos en el organismo y su entorno. En las que sí han sido estudiadas abundan diseños con baja capacidad de demostrar causalidad, sobretodo cuando hablamos de dependencia y muerte. Por otro lado, hay información contradictoria.

Como una forma de aproximarse al riesgo de consumo, se buscó evidencia publicada respecto a letalidad asociada a consumo de drogas ilícitas, siendo el objetivo de esta revisión bibliográfica.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda en PubMed el día siete de agosto del año dos mil doce empleando como vocabulario restringido: "FATAL OUTCOME" y "STREET DRUGS"; utilizando el conectivo "AND".

Según el tipo de droga asociada a la defunción, se identificó el número de muertes reportadas (número absoluto) en los artículos analizados. Además, se asignó a cada defunción una de las siguientes condiciones (dicotómica): directa, a aquella que la muerte podía atribuirse al consumo habitual y al riesgo propio inherente a la sustancia; o indirecta, cuando se identificaba alguna condición anexa evidente.

Se calcularon medidas de frecuencia para cada droga y condición directa/indirecta mediante el software Stata v. 12 SE.

RESULTADOS

La búsqueda arrojó 39 artículos, 14 de ellos no fueron analizados debido a que no se trataba de reportes de casos sino de revisión de nuevas drogas (3-5), técnicas de detección de las mismas (6, 7) y temática relacionada a trasplantes (8, 9); en siete artículos no se consiguió acceso a los estudios para su análisis (10-16). Los 25 artículos estudiados dan cuenta de 39 muertes atribuibles a distintas drogas ilícitas (Gráfico 1).

La droga que con mayor frecuencia provocó muertes fue crack de cocaína (17-20), seguido por para-metoxi-N-metilanfetamina (PMMA) (21) con un 23,08% y 20,51% respectivamente. En un 15,38% de las muertes se identificó más de una droga y se clasificó como policonsumo (22-25). 3,4 Metilendioxi-N-metilanfetamina (MDMA) conocido como "éxtasis" (26-30) reporta un 12,82% de los casos y cocaína (31, 32) un 10,26%.

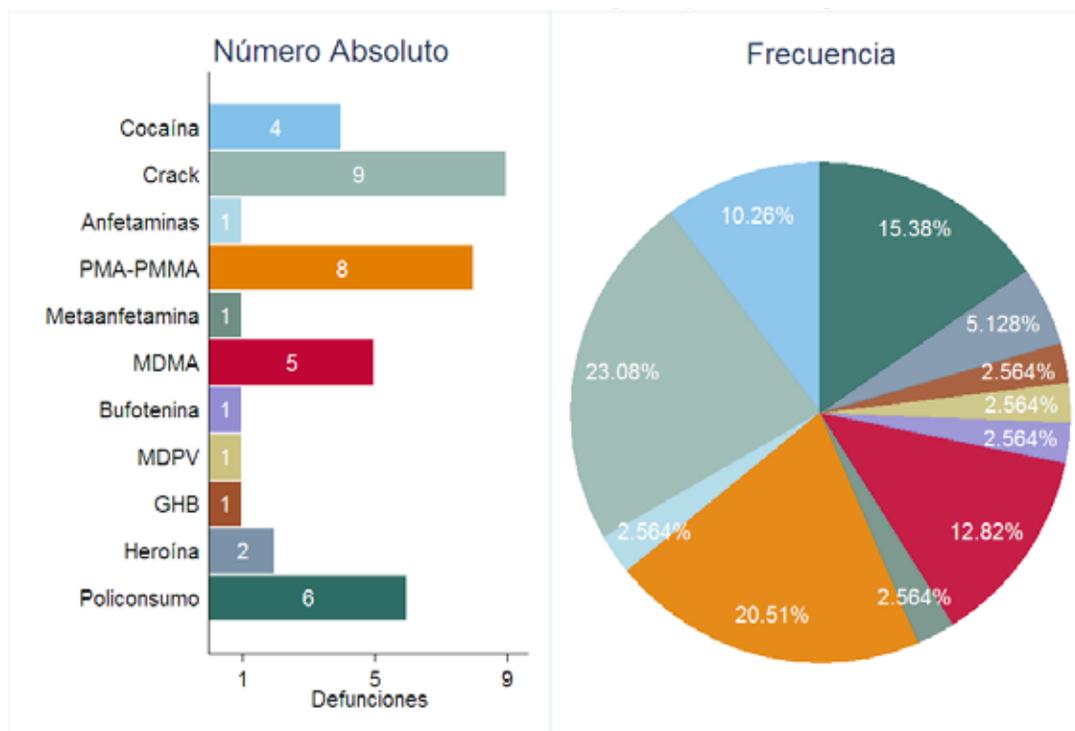
Heroína (33, 34) se asoció al 5,13% de las defunciones, mientras que anfetaminas (35), metanfetaminas (36), bufotenina (relacionado a dimetiltriptamina –DMT–) (37), gamahidroxibutirato (GHB) (38) y 3,4 Metilendioxi-pirovalerona (MDPV) (39) son responsables de un 2,56% cada uno.

De las 39 defunciones encontradas, 32 (82,05%) se relacionaron directamente al consumo y 7 (17,95%) de forma indirecta (Gráfico 2). En las 7 muertes indirectas, la droga más relacionada fue cocaína y MDMA con un

28,57% de los casos cada una, seguido por crack, heroína y metanfetaminas con 14,29% cada uno. (Gráfico 3)

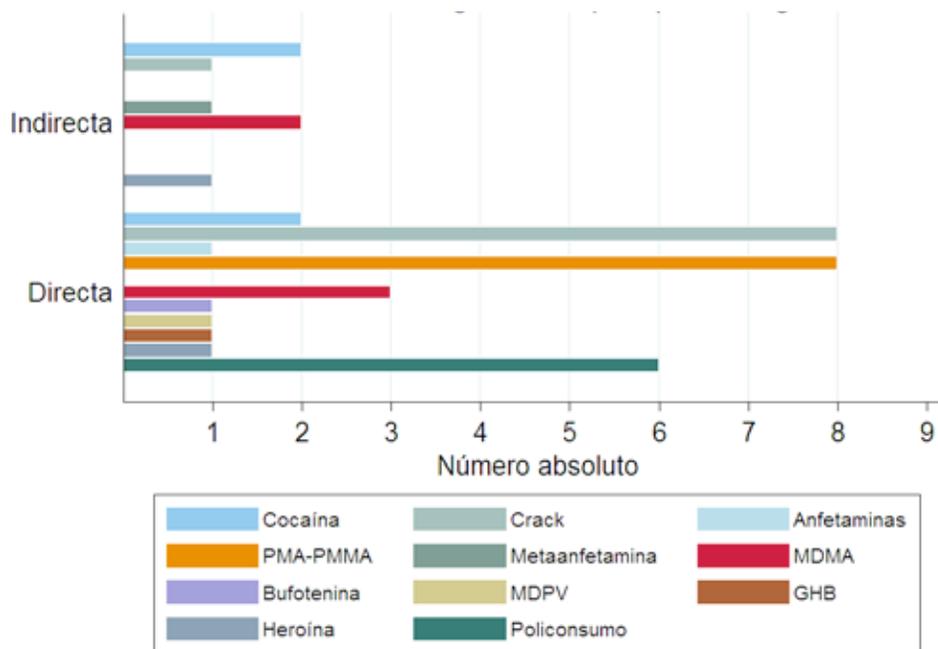
En cuanto a los motivos específicos por lo cual las muertes fueron consideradas como indirectas, dos defunciones ocurrieron en niños (20, 36). Dos se asocian a ingesta excesiva de líquido concomitante al consumo de MDMA (27, 28) y otras dos defunciones luego de ingerir drogas con el fin de ocultarlas de la policía (32, 33). Finalmente, una ocurrió en una persona que ingirió cocaína para traficarla, complicándose y configurando el "Body Packer Syndrome" que le produce la muerte (31)

Gráfico 1
Defunciones según tipo de droga



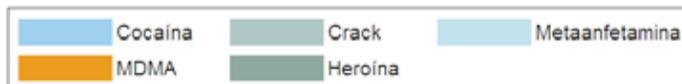
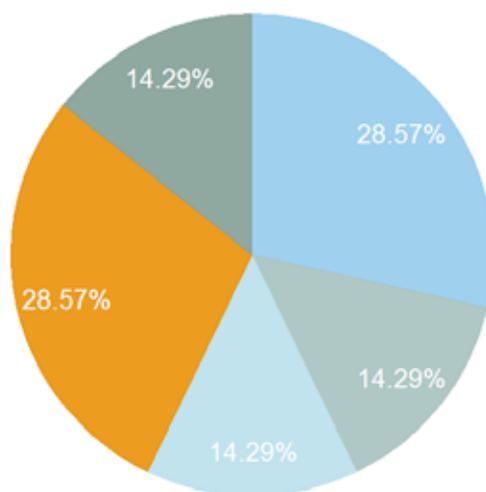
* descripción abreviaturas en texto

Gráfico 2
Defunciones según causa por tipo de droga



* descripción abreviaturas en texto

Gráfico 3
Frecuencia defunciones indirectas por tipo de droga



* descripción abreviaturas en texto

DISCUSIÓN

No podemos afirmar a partir de esta revisión que una droga sea más letal (y por ende más riesgosa) que otra, en parte porque la gran mayoría de los estudios analizados son reportes de casos. Además, el escaso número de muestra y la fuente de obtención de datos limitan la validez externa de los resultados.

Sin embargo, sí podríamos afirmar que existe evidencia respecto a que la prohibición de consumo de alguna droga conlleva la muerte de personas. Esto porque, por ejemplo, el narcotráfico no se explicaría en un escenario donde estuviera autorizado su distribución y consumo (a no ser que el precio u otra causa lo suscitara); dos muertes se hubiesen evitado si no existiera una demanda insatisfecha que persuadiera a realizar laboratorios clandestinos y utilizar seres humanos como "burritos". Las 2 mujeres jóvenes que fallecieron por herniación del tronco encefálico secundario al edema cerebral causado por un trastorno hidroelectrolítico (hiponatremia hipotónica) (27, 28), son víctimas probablemente de un conocimiento popular que dice que hay que beber mucho líquido luego de ingerir éxtasis. Balmelli *et al.* mencionan que existían 13 casos de hiponatremias severas reportadas a la fecha (publicado en el año dos mil uno). La prohibición de consumo seguro influye negativamente en quien va a consumir alguna droga, restringiendo las opciones de consulta informada a la cuales puede acceder.

Cuando las víctimas son menores de edad es aún más dramático. El reporte de la muerte de un niño por ingerir ácido sulfúrico en su casa, que era usada como un laboratorio clandestino de metanfetaminas (36), y un lactante de 10 meses que ingiere "crack" y fallece (20), evidencia que este escenario prohibitivo de la guerra contra la droga, coarta el derecho a la asistencia sanitaria que tenemos asegurado los seres humanos, ocultando el sistema de salud a los consumidores, desprotegiendo no sólo a quienes consumen si no también a sus familias. La madre del lactante, quien padecía una toxicomanía a la cocaína, probablemente no pidió ayuda por la connotación prohibitiva que tiene el consumo en EEUU y la sociedad se responsabiliza penalizando la tragedia por la vía legal. El fracaso de las políticas públicas en este ejemplo causa más de una víctima.

Claramente la condición de ilegalidad fue la causante de que dos personas fallecieran luego de ingerir las drogas que destinarían para su consumo personal, con el fin de ocultarlas, tras ser sorprendidos por la policía (32, 33).

No sabemos si las muertes descritas como indirectas o cuantas de las asociadas directamente al consumo, se hubiesen impedido si existieran programas destinados a la educación o prevención –imparcial basada en evidencia– o si los consumidores se sintieran cobijados por un sistema de salud y una sociedad que no los viera como criminales.

La salud pública debe velar por que las personas a lo largo de su vida tiendan hacia conductas y estilos de vida que contribuyan al desarrollo saludable, individual y colectivo, de nuestra sociedad. Los individuos legitiman o no cierta conducta principalmente a partir de su propia experiencia, y si no cuentan con información generada a partir de sí mismos, toman alguna versión del medio, propia de alguna organización de poder con intereses variados. Es acá donde la salud pública debe entregar siempre evidencia actualizada a la población y persuadir a los individuos de seguir conductas saludables.

Otro camino sería intentar obligar a la población a hacerlo, por ejemplo, respecto al tabaco –que según la OMS mata al año aproximadamente 5 millones de personas (40)– se podría dictar una ley que prohíba su producción, distribución y consumo; no obstante, ¿Sería una solución razonable?

En la medida que evolucionamos como sociedad, nos damos cuenta de la importancia que adquiere la libre disposición del cuerpo, el respeto por la autonomía. Para lograr entregar una mejor salud a la comunidad, urge enfocarse en medidas que apunten a reducir los daños asociados en caso que exista consumo.

Ante la necesidad de hacerse cargo de un problema abordándolo desde lo sanitario, la salud pública debe luchar por equilibrar, por una parte, la libertad de los adultos para tomar las decisiones de su vida, con lo que es adecuado para la población en general. Sin embargo, asumir una actitud paternalista no es factible, no es deseable en una sociedad que privilegia y cree en la capacidad de las personas para elegir la vida que quieren vivir.

Al prohibir el uso de alguna sustancia desde una perspectiva moralista, sin un fundamento científico que respalde tal decisión, confundimos a nuestra población y nos hacemos partícipes del fracaso que hemos tenido como sociedad para manejar el tema del consumo de sustancias.

AGRADECIMIENTOS

Especial gratitud al Dr. Diego Salazar, académico de la División de Promoción de la Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, por su contribución en las ideas matrices de este artículo; y por la colaboración en la revisión de este documento, a Eduardo Vergara, director de Asuntos del Sur, y Dr. Sergio Sánchez, médico salubrista, académico de la Universidad de Chile.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schultes RE, Hofmann A. *Plantas de los Dioses: Orígenes del uso de los alucinógenos*. Fondo de Cultura Económica; 1982.
2. Commission on Social Determinants of Health. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
3. Coppola M, Mondola R. 3,4-methylenedioxypropylamphetamine (MDPV): chemistry, pharmacology and toxicology of a new designer drug of abuse marketed online. *Toxicol Lett*. Jan 5;208(1):12-5.
4. Persson SA, Eriksson A, Hallgren N, Eklund A, Berkowicz A, Druid H. [GHB--dangerous, addictive and uncontrollable "party drug"]. *Lakartidningen*. 2001 Sep 19;98(38):4026-31, 4033-5.
5. Wood DM, Davies S, Greene SL, Button J, Holt DW, Ramsey J, et al. Case series of individuals with analytically confirmed acute mephedrone toxicity. *Clin Toxicol (Phila)*. Nov;48(9):924-7.
6. Gaillard Y, Pepin G. Hair testing for pharmaceuticals and drugs of abuse: forensic and clinical applications. *Am Clin Lab*. 1997 Oct;16(9):18-22.
7. Staub C. Hair analysis: its importance for the diagnosis of poisoning associated with opiate addiction. *Forensic Sci Int*. 1993 Dec;63(1-3):69-75.
8. Houser SL, MacGillivray T, Aretz HT. The impact of cocaine on the donor heart: a case report. *J Heart Lung Transplant*. 2000 Jun;19(6):609-11.
9. Ringe B, Petrucci RJ, Soriano HE, Reynolds JC, Meyers WC. Death of a living liver donor from illicit drugs. *Liver Transpl*. 2007 Aug;13(8):1193-4.
10. Betts J. Catalyst for courage. Interview by David Payne. *Nurs Times*. 1995 Dec 6-12;91(49):16.
11. Bismuth C, Dally S, Borron SW. Chemical submission: GHB, benzodiazepines, and other knock out drops. *J Toxicol Clin Toxicol*. 1997;35(6):595-8.
12. Doogue M, Barclay M. Death due to butane abuse--the clinical pharmacology of inhalants. *N Z Med J*. 2005 Nov 11;118(1225):U1732.
13. Gerhardt RT. Acute Halon (bromochlorodifluoromethane) toxicity by accidental and recreational inhalation. *Am J Emerg Med*. 1996 Nov;14(7):675-7.
14. Hill MD, Cooper PW, Perry JR. Chasing the dragon--neurological toxicity associated with inhalation of heroin vapour: case report. *CMAJ*. 2000 Jan 25;162(2):236-8.
15. Mirken B. Danger: possibly fatal interactions between ritonavir and "ecstasy," some other psychoactive drugs. *AIDS Treat News*. 1997 Feb 21(No 265):5.
16. Patel MM, Belson MG, Longwater AB, Olson KR, Miller MA. Methylenedioxyamphetamine (ecstasy)-related hyperthermia. *J Emerg Med*. 2005 Nov;29(4):451-4.

17. Acute lower respiratory tract illness in illicit drug users--South Carolina, 1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1995 Oct 6;44(39):727, 33-4.
18. Amoiridis G, Schols L, Pohlau D, Berger K, Niemczyk W, Przuntek H. [Drug-induced rhabdomyolysis and lesions of peripheral nerves. Sequelae of local ischemia within the scope of circulatory collapse?]. *Nervenarzt.* 1996 Dec;67(12):1023-6.
19. Williams J, Wasserberger J. Crack cocaine causing fatal vasoconstriction of the aorta. *J Emerg Med.* 2006 Aug;31(2):181-4.
20. Havlik DM, Nolte KB. Fatal "crack" cocaine ingestion in an infant. *Am J Forensic Med Pathol.* 2000 Sep;21(3):245-8.
21. Lin DL, Liu HC, Yin HL. Recent paramethoxymethamphetamine (PMMA) deaths in Taiwan. *J Anal Toxicol.* 2007 Mar;31(2):109-13.
22. Gaillard Y, Pepin G. Evidence of polydrug use using hair analysis: a fatal case involving heroin, cocaine, cannabis, chloroform, thiopental and ketamine. *J Forensic Sci.* 1998 Mar;43(2):435-8.
23. Klys M, Bystrowska B, Bujak-Gizycka B, Nowak G. Significance of toxic interactions in medicolegal evidence. Complex fatal poisoning with drugs of abuse in the material of the Chair of Forensic Medicine, Collegium Medicum, Jagiellonian University in Krakow. *Pol J Pharmacol.* 2001 Nov-Dec;53(6):653-8.
24. Klys M, Skupien E, Bujak-Gizycka B, Latacz B. [Two complex suicidal poisonings with drugs and their medicolegal aspects]. *Przegl Lek.* 2001;58(4):344-7.
25. Moore KA, Daniel JS, Fierro M, Mozayani A, Poklis A. The detection of a metabolite of alpha-benzyl-N-methylphenethylamine synthesis in a mixed drug fatality involving methamphetamine. *J Forensic Sci.* 1996 May;41(3):524-6.
26. Archer T. Ecstasy toxicity and the cooling factor. *Emerg Med J.* 2008 Aug;25(8):534.
27. Balmelli C, Kupferschmidt H, Rentsch K, Schneemann M. [Fatal brain edema after ingestion of ecstasy and benzylpiperazine]. *Dtsch Med Wochenschr.* 2001 Jul 13;126(28-29):809-11.
28. Braback L, Humble M. [Young woman dies of water intoxication after taking one tablet of ecstasy. Today's drug panorama calls for increased vigilance in health care]. *Lakartidningen.* 2001 Feb 21;98(8):817-9.
29. Dufloy J, Mark A. Aortic dissection after ingestion of "ecstasy" (MDMA). *Am J Forensic Med Pathol.* 2000 Sep;21(3):261-3.
30. Nielsen S, Lundemose JB, Simonsen MS, Dragsholt C. [Fatal ecstasy intoxication]. *Ugeskr Laeger.* 2001 Apr 16;163(16):2253-5.
31. Bruck S, Risse M, Schutz H, Weiler G, Verhoff MA. [Atypical "body packing syndrome"--a case report]. *Arch Kriminol.* 2006 Jul-Aug;218(1-2):35-43.
32. Fineschi V, Centini F, Monciotti F, Turillazzi E. The cocaine "body stuffer" syndrome: a fatal case. *Forensic Sci Int.* 2002 Mar 28;126(1):7-10.
33. Colombage SM. Laryngeal obstruction by heroin packets. *Am J Forensic Med Pathol.* 2003 Jun;24(2):153-4.
34. Randazzo M, Fluckiger U, Eich G, Komminoth P, Lauber P, Herren T. [A drug addict presenting with complicated tricuspid valve endocarditis]. *Internist (Berl).* Sep;51(9):1185-9.
35. Meyer E, Van Bocxlaer JF, Dirinck IM, Lambert WE, Thienpont L, De Leenheer AP. Tissue distribution of amphetamine isomers in a fatal overdose. *J Anal Toxicol.* 1997 May-Jun;21(3):236-9.
36. Burge M, Hunsaker JC, 3rd, Davis GJ. Death of a toddler due to ingestion of sulfuric acid at a clandestine home methamphetamine laboratory. *Forensic Sci Med Pathol.* 2009 Dec;5(4):298-301.
37. Barry TL, Petzinger G, Zito SW. GC/MS comparison of the West Indian aphrodisiac "Love Stone" to the Chinese medication "chan su": bufotenine and related bufadienolides. *J Forensic Sci.* 1996 Nov;41(6):1068-73.

38. *Mazarr-Proo S, Kerrigan S. Distribution of GHB in tissues and fluids following a fatal overdose. J Anal Toxicol. 2005 Jul-Aug;29(5):398-400.*
39. *Murray BL, Murphy CM, Beuhler MC. Death following recreational use of designer drug "bath salts" containing 3,4-Methylenedioxypropylvalerone (MDPV). J Med Toxicol. Mar;8(1):69-75.*
40. *World Health Organization. WHO global report on mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization.*

Educación: factor crítico para prevenir la judicialización de la medicina

FALMED

Referirse a la “judicialización de la medicina” inmediatamente despierta imágenes icónicas de médicos esposados entrando a un tribunal, bajo la inquisidora mirada de periodistas y audiencias mediáticas.

Más allá del discutible rol que han jugado los medios de comunicación en contribuir a la construcción de esta imagen, y del debate teórico y de campo que esto puede involucrar¹; queremos alejarnos de ese momento de expresión pública del fenómeno para ir un paso atrás, al momento de origen, de constitución de la judicialización de la medicina, buscando aquellas variables preventivas que pueden incidir en su disminución, específicamente en lo que tiene que ver con el ámbito educativo.

Desde las áreas de la gestión en seguridad y calidad, se ha alumbrado el hecho de que ninguna intervención en Salud es completamente inocua, “los programas de garantía de calidad se desarrollan en las instituciones de salud, por motivos éticos, económicos, de efectividad y seguridad de los pacientes. Este último reconoce el hecho que las intervenciones médicas pueden producir daños y, por lo tanto, la calidad es la resultante favorable de dos fuerzas opuestas, siempre presentes: los beneficios y los riesgos”.²

Estrategias educativas que permitan conocer esos beneficios y riesgos, para aprender a controlarlos, suelen estar en la columna vertebral de los programas de mejoramiento de la calidad en hospitales y centros médicos. Un adecuado manejo de los procesos, unido a una desarrollada capacidad técnica y profesional, aparecen como claves para un ejercicio médico correcto y, por lo tanto, para la prevención de eventos adversos que están en la base de los juicios por negligencia médica. Sin embargo, se trata de condiciones necesarias pero no suficientes.

Particularmente, en los últimos 15 años, se han llevado a cabo numerosos estudios que han demostrado la importancia de la comunicación entre médicos y pacientes en el resultado final de las acciones en Salud. Esto ha llevado a la pregunta inevitable ¿Es posible entrenar habilidades y competencias que permitan manejar las emociones involucradas en la comunicación con el fin de mejorar relación médico-paciente?

La experiencia indica que sí por lo que no son pocos los programas de pregrado que han incluido cursos y talleres destinados a este objetivo. Es más, un reciente estudio canadiense publicado en el Journal of the American Medical Association (JAMA) indica un relación directa entre la formación en habilidades comunicativas y la reducción de juicios por negligencia: “Los médicos cuyos resultados en la prueba de habilidades de comunicación estaban en el cuartil inferior tuvieron un riesgo significativamente mayor de denuncias por parte de los pacientes”³.

1 Martínez, P. Proactivos frente a la Exposición Mediática, Revista Vida Médica; mayo 2013: p-59-61

2 Fernández Busso, Nélica. Los eventos adversos y la calidad de atención. Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. Pediatría Sanitaria y Social. Arch.argent.pediatr 2004; 102(5) / 402.

3 Tambllyn, Abrahamowicz y colaboradores. JAMA, 2007. Canadá.

“Falmed Educa”

Para el abogado jefe de la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico (Falmed), Juan Carlos Bello, la institución de defensa médica que cuenta con el mayor número de médicos en el país y de casos por presunta mal praxis defendidos, la experiencia chilena ha demostrado que una de las claves para frenar un crecimiento violento de la judicialización de la medicina, como sí ha ocurrido en otros países, es trabajar todos los ámbitos que tienen que ver con el antejuicio, donde la mediación y la educación en temas de derecho médico, bioética y comunicaciones son de absoluta relevancia.

Según el jurista, resultaría clave para los médicos contar con información acerca del marco legal en el que ejercen pues “conocer las reglas es el primer paso para respetarlas y para hacer que las instituciones de Salud las respeten. Del mismo modo, entregar herramientas para fortalecer la comunicación médico-paciente es el más efectivo antídoto para los juicios por mal praxis, dado que en la experiencia de Falmed a la raíz de la gran mayoría de las demandas está presente una desconexión comunicacional entre el médico y los pacientes o entre el médico y los parientes. Por último, educar en torno al profundo carácter ético del ejercicio médico también es una estrategia clave para la prevención de los juicios; un actuar médico basado en la ética entrega herramientas más claras a los abogados defensores ante una acusación por presunta mal praxis”⁴.

Falmed desde hace años viene participando en seminarios y desarrollando charlas preventivas en todo el país, entendiendo que su labor no sólo es defender ante la acusaciones por mala praxis sino promover el buen ejercicio médico y el conocimiento del marco jurídico en el que se desenvuelven los profesionales.

Recientemente, la Fundación ha buscado potenciar aún más este trabajo, agrupando estas actividades y generando otras novedosas bajo el nombre de una estrategia llamada “Falmed Educa”. Bajo ese nombre hoy se realiza: un Curso “Por una Medicina de Excelencia” que aborda temáticas como: la responsabilidad profesional, la Ley de Derechos y Deberes del paciente, la bioética y los eventos adversos, la comunicación médico-paciente; charlas en video dictadas por los abogados de FALMED y difundidas a través de internet, recurriendo a las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), sobre diferentes temáticas del Derecho Médico; y una revista también denominada “FALMED Educa” dedicada a entregar herramientas y conceptos a todos los médicos afiliados a la Fundación, en tres ámbitos que se han considerado prioritarios: derecho médico, ética y comunicación médico-paciente.

Se trata de un conjunto de experiencias novedosas que habrá que estudiar en su impacto y que están referidas específicamente a contribuir a una mejor medicina porque tal como señala el médico legista uruguayo, Dr. Hugo Rodríguez “...aunque la responsabilidad médica es una cuestión jurídica de enorme complejidad técnica y en pleno desarrollo teórico, su prevención puede abordarse exclusivamente desde la óptica del mejoramiento del acto médico”⁵.

4 Entrevista a Juan Carlos Bello, abogado jefe de Falmed, especialmente para Cuadernos Médico Sociales.

5 Rodríguez Almada, Hugo. Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. 2001. Revista Médica Uruguay. Vol. 17. pag 17-23