

APM ARGENTINA PRAXIS MÉDICA

LA REVISTA DE LA MUTUAL

Año VII - Número 41 - Julio/Agosto de 2013 - Publicación bimensual de distribución gratuita.

WWW.LAMUTUAL.ORG.AR



ANUARIO 2013

La mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional
www.lamutual.org.ar

Praxis | Médica

Más de 500 instituciones y 4000 profesionales gozan de nuestros beneficios.

Nuestro valor

- La prevención y gestión del riesgo médico legal.
- El asesoramiento especializado ante el conflicto.
- La cobertura económica de una aseguradora.

Tucumán 1668, 3º piso (C1050AAH) - Ciudad de Buenos Aires
Tel.: (011) 4371-9856 (rotativas) - lamutual@lamutual.org.ar



Gestión de riesgos médico legales:

Procedimientos y recomendaciones. Marco jurídico.

Entre otros temas se desarrollan los siguientes:



GESTIÓN DE RIESGOS MÉDICO LEGALES.

- Riesgos y cambios en la actividad sanitaria.
- Recomendaciones desde una visión práctica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

- El deber de información a la luz de la ley 26.529.
- Respuestas a las preguntas más frecuentes.
- Rechazo terapéutico y abandono de tratamiento.

HISTORIA CLÍNICA.

- Errores más frecuentes.
- Recomendaciones para una buena gestión de historias clínicas.
- Guía para conformar una HISTORIA CLÍNICA ÚNICA (ley 26.529).

ADMISIÓN, DERIVACIÓN y EGRESO DE PACIENTES.

- Procedimientos y recomendaciones.
- Análisis de situaciones especiales.

SEGURIDAD DEL PACIENTE.

- Prevención de infecciones nosocomiales.
- Quemaduras por uso de electrobisturí.
- Prevención y gestión de caídas.
- Cirugía Segura y la Resolución 28/2012 del MSN.

COMUNICACIÓN DE INCIDENTES Y RECLAMOS.

- El valor de identificar y comunicar incidentes y eventos adversos.
- Actos médicos judicializados: qué y cómo informar.

El Error Médico

Análisis de sus implicancias jurídicas, económicas y asistenciales.



A lo largo de sus 270 páginas, entre otros temas se analizan los siguientes:

- Errores en la historia clínica.
- Relación médico paciente y deber de información.
- Especialidades médicas más frecuentes demandadas.
- El error en las distintas instancias de atención: ambulatoria, guardia, internación programada, urgencia.
- El error en el diagnóstico y en el tratamiento.

Se exponen los números de la responsabilidad médica:

- Análisis sobre consultas preventivas por eventos adversos.
- Exposición estadística sobre mediaciones y juicios.
- Montos reclamados y tiempos de reclamación.
- Demandas que prosperan y reclamos que se concilian.

- Error institucional y seguridad del paciente.
- Las manifestaciones del error en las distintas especialidades: cirugía, traumatología, obstetricia, clínica médica, anestesiología, odontología, enfermería, internación domiciliaria.
- Lesiones evitables e inevitables.
- Los efectos del error médico.
- Infecciones intrahospitalarias.
- Error del paciente.
- La pérdida de chance en medicina.

- Costos en las mediaciones y juicios.
- Análisis de las sentencias.
- Evolución de las consultas preventivas realizadas oportunamente.

Y además:

- Herramientas para prevenir eventos adversos, quejas y reclamos.
- Gestión de riesgos médico legales. Ventajas cualitativas y cuantitativas.



Entérese de las últimas novedades en Facebook: *El Error Médico - Libro.*

Si desea adquirir alguna de estas obras, consulte escribiendo a: lamutual@lamutual.org.ar, o bien llamando al 011-4371-9856 (líneas rotativas) - **Entrega gratuita a los Socios de LA MUTUAL** -

Editorial

En su 7mo. Aniversario, Argentina Praxis Médica, la revista de La Mutual, les acerca su edición anuario, con una selección de artículos y entrevistas especializados sobre responsabilidad profesional médica, publicados en estos últimos 12 meses de trabajo.

A lo largo de sus páginas podrán encontrar material relacionado con el Consentimiento Informado (algunas precisiones a la luz de la ley de Derechos del Paciente y su modificación sobre muerte digna). También un artículo sobre el síndrome de Burnout y su relación con las demandas por RP Médica y otro sobre embarazos incompatibles con la vida (análisis de la ley 1044 de la legislatura de la ciudad de Buenos Aires).

Se agregan una nota sobre el paciente-cliente en el ámbito de la salud y una entrevista a la

Asociación Médica Argentina que reflexiona en torno al rol del perito en los juicios por responsabilidad profesional médica.

Quienes hacemos APM agradecemos una vez más el acompañamiento de los lectores y los invitamos a seguir participando de nuestra publicación, con el fin de trabajar juntos en la prevención y gestión de riesgos médico legales, en pos de minimizar los efectos adversos que ejercen sobre la práctica de la medicina y la calidad en la atención de los pacientes.

Saludos cordiales,

Dr. Héctor S. Vazzano
Director de APM - Argentina Praxis Médica
Presidente de La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional



Staff:

Director:
Dr. Héctor Salvador Vazzano

Editor Responsable:
Dr. Rafael Alejandro Acevedo

Producción Periodística:
Graciana Castelli

Diseño y Dirección de Arte:
Santiago Ariel Bermúdez

Correo de Lectores:
apm@lamutual.org.ar

Página Web:
www.lamutual.org.ar

Redacción y Publicidad:
(011) 4371-9856 (rotativas)

Contacto:
info@lamutual.org.ar
lamutual@lamutual.org.ar
Tucumán 1668, Piso 3, C1050AAH
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Imprenta:
Zuma Gráfica de Suárez Miriam.
Pasaje Diego de Rijoas 2356 – CABA.
(011) 4639-8011

Sumario

El Consentimiento Informado: algunas precisiones a la luz de la ley de Derechos del Paciente y su modificación sobre "muerte digna". Por Dr. Alberto Alvarellos. **4**

El Síndrome de Burnout y su relación con las demandas por responsabilidad profesional médica. Por Dra. Geraldine Canteros.. **8**

El paciente-cliente en el ámbito de la Salud. Entrevista a la Lic. Gloria Meca de Fecliba. **10**

Embarazos incompatibles con la vida. Análisis de la ley 1.044 de la Legislatura de la ciudad de Buenos Aires. Por Dr. Esteban Scoufalos. **12**

El rol del perito en los juicios por RP Médica. Entrevista a la Dra. Nora Iraola de la AMA. **17**

La Mutual estuvo presente en el Pre Congreso sobre RISS organizado por Feclise. **18**

APM es una publicación bimestral y gratuita, propiedad de la Asociación Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional. Derechos reservados. Las notas son de uso público siempre que se citen las fuentes. Los artículos firmados no reflejan necesariamente la opinión de la Dirección, ni de la Asociación Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional. Registro de la propiedad intelectual N° 5064520.



HDI Seguros

Trayectoria, Solidez y Respaldo para la protección de los Afiliados a La Mutual.

Representante Comercial HDI Seguros en La Mutual.
Área de adhesiones.
Teléfono: (5411) 4371-9856 int. 107
lamutual@lamutual.org.ar

- Vida Colectivo Ley Contrato de Trabajo.
- Integral de Comercio para Instituciones Médicas.

El Consentimiento Informado: algunas precisiones a la luz de la ley de Derechos del Paciente y su modificación sobre “muerte digna”.



Por Alberto A. Alvarellos. Titular de Alvarellos & Asociados Abogados.

Han quedado cubiertas por los nuevos tiempos aquellas viejas concepciones sociales, deontológicas y hasta jurídicas que, inmersas en el hoy llamado paternalismo médico, entendían que el galeno que, obviamente, sabe más que el paciente, está en condiciones de tomar decisiones terapéuticas sin consultar al enfermo o dando explicaciones someras e incompletas.

En la actualidad, la información y su consecuencia, el consentimiento informado “se constituye en un derecho fundamental o derecho humano positivizado, propio, singular y distinguible o diferenciado, siendo además una de las últimas aportaciones realizadas en la teoría de los derechos humanos, y manifestación necesaria de los clásicos derechos a la vida, a la integración física, derecho a la libertad personal y de conciencia, y manifestación del principio de libre desarrollo de la persona y de la autodisposición, dentro de los límites legales, sobre el propio cuerpo” (1).

En este contexto, entonces, asistimos al reconocimiento de los derechos del paciente a recibir información y a tomar decisiones y, consecuentemente, a los deberes del médico de proporcionar dicha información y, además, a respetar las decisiones tomadas por el paciente.

En nuestro país, una ley de facto del año 1967, la 17.132, dictada para regular el ejercicio de la medicina en el ámbito de la Capital Federal y del entonces Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, se refiere a estos derechos, de los que muy poco se hablaba en aquella época.

En efecto, la norma citada, que por vía analógica ha sido tenida en cuenta en numerosas jurisdicciones provinciales, trata sobre estos derechos del paciente, pero enunciándolos como deberes del galeno. El art. 19, inc. 3, de la ley, menciona entre esos deberes: “Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos.

En las operaciones rutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz”.

Con el transcurso del tiempo, a medida que fueron incrementándose, tanto en número como en diversidad de objeto, los litigios judiciales relacionados con la llamada mala praxis médica, la doctrina y la jurisprudencia fueron precisando el alcance de estos derechos y el modo en que debía suministrarse la información y requerirse el consentimiento del paciente para la realización de determinadas prácticas médicas.

Concepto en la doctrina y en la ley 26.529.

Dos autoras que trataron con mucha profundidad el tema del consentimiento informado, Sandra Wierzba y la actual Vicepresidente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, Elena Highton de Nolasco, han definido al consentimiento informado “como una declaración de voluntad efectuada por un paciente, quien luego de recibir información suficiente referida al procedimiento o intervención quirúrgica que se le propone como médicamente aconsejable, decide prestar su conformidad y someterse a tal procedimiento o intervención” (2).

Con algunas variantes, esa definición fue incorporada a la ley 26.529, genéricamente llamada de “Derechos del Paciente” (vigente desde el 20-02-10), cuyo art. 5 dice que “entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por un paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto: a) Su estado de salud; b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento; d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La especifica-

ACLER

**Asociación de Clínicas y Sanatorios
de la Provincia de Entre Ríos**

Enrique Carbó N° 245 - C.C. N° 175 - 3100 Paraná - Entre Ríos
Tel. (0343) 4230040 - Fax: (0343) 4230379

ción de procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados". La ley 26.529, fue modificada en mayo de 2012, por la ley 26.742, que incorporó a su articulado algunas disposiciones tendientes a otorgar mayor autonomía al paciente, en el marco de la llamada "muerte digna".

Respecto del consentimiento informado, se agregan dos incisos al citado art. 5: "g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable; h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento".

En el artículo siguiente se establece la obligatoriedad del previo consentimiento informado del paciente para "toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado", "dentro de los límites que se fijan por vía reglamentaria". La reglamentación de la ley, que debía conocerse dentro de los 90 días contados a partir de su publicación, ocurrida el 20 de noviembre de 2009, nunca se llevó a cabo.

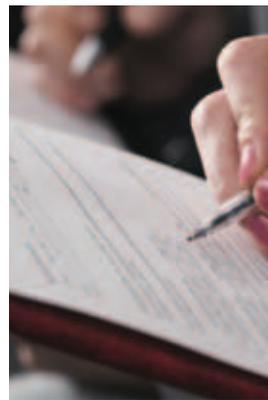
A los fines de esta nota agregamos dos disposiciones más. El art. 7 establece que el consentimiento informado será meramente verbal, aunque se requerirá la forma escrita y la firma del paciente en los siguientes casos: a) Internación; b) Intervención quirúrgica; c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos; d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la ley; e) Revocación

(se refiere a la posibilidad del paciente de dejar sin efecto anteriores conformidades que hubiera prestado para la realización de determinados procedimientos médicos). Como es lógico, el inciso f), incorporado por la llamada Ley de Muerte Digna, requiere la firma de un acta, firmada por todos los intervinientes en el caso que el paciente decida rechazar los procedimientos médicos ya enumerados.

Finalmente, el art. 9 establece las excepciones al consentimiento informado: a) Cuando medie grave peligro para la salud pública; b) Cuando medie una situación de emergencia, con grave emergencia para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

La información que se debe al paciente.

Como vimos, el art. 5, ley 26.529, establece el deber de suministrar información al paciente y lo hace de un modo que consideramos excesivamente minucioso y, al mismo tiempo, inapropiado. Ello, porque entendemos que, en una materia tan delicada como ésta que abordamos, en la que pareciera que el médico debe conducirse con máximo cuidado, resulta más aconsejable dejar que sea el profesional que regule, a partir del conocimiento del paciente, de su entorno y de la patología que lo aqueja, el modo en el que irá proporcionando la información correspondiente. Es cierto que el art. 4, ley 26.529, dispone que en caso de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o a los familiares que enumera, pero consideramos que la norma hubiera tenido una redacción más adecuada si en dicha disposición se hubiera hecho expresa referencia a la discrecionalidad del médico para determinar las circunstancias de la información. Es que la información al paciente es un acto médico que, se ha dicho, "constituye, como otras, una labor que debe llevarse a cabo con prudencia y tino y sin caer en extremos; entre abrumar al paciente y minar su confianza con datos estadísticos y retacearle la información existe un ancho campo por donde debe transitar



CONSENSOSALUD
ACTUALIDAD EN SALUD

- El portal de noticias de salud más completo
- Nueva publicación impresa mensual
- Newsletter con las últimas noticias. ¡Suscribite!

Tel: (011) 4811-8908 /9294 . prensa@consensosalud.com.ar . www.consensosalud.com.ar



el profesional. El ejercicio del deber de información por parte del médico nos pone nuevamente ante una cuestión de proporciones, no siendo adecuado ni el exceso ni el defecto” (3).

Desde luego que la prudencia con la que debe conducirse el médico, a la que aludimos, en modo alguno puede esgrimirse como excusa para, planteado el conflicto, liberar su responsabilidad, escudándose en ella. Por tal motivo, el profesional que considere conveniente limitar la información que debe suministrar, deberá dejar debida constancia de ello en la historia clínica, dando cuenta de las razones por las cuales informó a los familiares en lugar de hacerlo directamente al enfermo.

Por tratarse de una información suministrada en el marco de un contrato ciertamente especial -en el que el objeto es, justamente, el estado de salud de quien la recibe- Marcelo J. López Mesa (4) señala tres aspectos distintivos acerca del modo cómo debe cumplirse, en el vínculo médico-paciente, el deber de informar. Y lo hace contraponiéndolos al modo en que se suministra información en cualquier otro vínculo contractual. Veamos:

a. En la relación contractual ordinaria no existe una limitación aceptable de la información que tenga en cuenta las condiciones del cocontratante. En la información médica, esa limitación por causas personales existe efectivamente

y nos hemos referido a ella anteriormente. El médico, en ejercicio del llamado “privilegio terapéutico”, debe adecuar la información, considerando el efecto que la misma producirá en la evolución del paciente.

b. El modo o el ámbito en el que en un contrato cualquiera se da la información a la otra parte del mismo, no constituye una materia que requiera especial atención. En cambio, ello tiene especial trascendencia en el ámbito médico: el profesional no debe minimizar el grave cuadro ni magnificar la patología de poca entidad, no debe ser alarmante, pero tampoco mortificante.

c. En el ámbito contractual “común”, la información debe brindarse en forma clara. Pero en la relación médico-paciente, el profesional deberá extremar los recaudos para que el enfermo entienda de qué le está hablando; el galeno debe cuidarse de “hablar el lenguaje” del paciente, debe recurrir al lenguaje profano para que no queden dudas de que su información ha sido debidamente comprendida.

Respecto de esto último, el citado jurista, incluye un fallo del Tribunal Supremo de España, que fija los requisitos de la información al paciente, diciendo que la misma “ha de ser puntual, correcta, veraz, leal, continuada, precisa y exhaustiva, es decir, que para la comprensión del destinatario se integre con los conocimientos a su alcance para poder entenderla debidamente y también ha de tratarse de información suficiente que permita contar con datos claros y precisos para poder decidir si se somete a la intervención que los servicios médicos le recomiendan o proponen”.

Finalmente, digamos que el Código de Ética Médica de la República Argentina contiene dos importantes reglas en materia de información al paciente. En primer lugar, el art. 9 del mismo, dice que el profesional “evitará en sus actos, gestos y palabras, todo lo que pueda obrar desfavorablemente en el ánimo del enfermo y deprimirlo o alarmarlo sin necesidad; pero si la enfermedad es grave y se teme un desenlace fatal, o se esperan complicaciones capaces de ocasionarlo, la notificación oportuna es regla y el médico la hará a quien a su juicio corresponda”. Y el art. 10 del citado Código prescribe que la “la revelación de la incurabilidad se le podrá expresar directamente a ciertos enfermos cuando, a juicio del médico, y de acuerdo con la modalidad del paciente, ello no le cause daño alguno y le facilite, en cambio, la solución de sus problemas”.

En suma, la literatura médica, la jurisprudencia de los tribunales y la doctrina jurídica aconsejan, como surge de las referencias que aquí hemos incluido, la mesura y el cuidado a la hora de informar. Y es por ello que entendemos que la información que habrá de darse al paciente y la extensión de la misma no pueden ser establecidas en forma taxativa, sino que debe ser el prudente criterio profesional el que determine la “medida” de la información, sin que esa prudencia del galeno, reiteramos, pueda justificar una omisión. En una materia tan delicada como ésta, cuando el profesional considere conve-

Federacion de Clinicas y Sanatorios Santiago del Estero



24 de septiembre 281
4200 - Santiago del Estero
Tel. (0385) 4224597 / Fax (0385) 4224503

E-mail: feclise@yahoo.com.ar
www.feclise.com.ar

niente limitar la "cantidad" de la información o proporcionarla a la familia en lugar de dársela al paciente, deberá dejar constancia fundada de ello en la historia clínica.

La instrumentación del consentimiento informado en la ley 26.529. Su omisión.

Ampliando la exigencia de la ley 17.132 en materia de instrumentación del consentimiento informado, la ley 26.529 lo requiere en forma escrita para un mayor número de situaciones, tal como hemos visto.

Entendemos que tal exigencia deberá ser cumplida, sin embargo, observando las limitaciones a las que hacíamos referencia más arriba y que, por lo tanto, el médico determinará la medida de la información de modo de no incidir negativamente con ella en la evolución del paciente. Pero si no hubiera obstáculo razonable para la información plena, deberá el profesional tener el necesario cuidado de plasmar por escrito las características del acto médico a realizar, sus consecuencias, complicaciones más habituales y, sobre todo, las alternativas al mismo que hubieran sido explicadas al paciente.

De todas formas, la ampliación de exigencias incluidas en la ley 26.529 no incidirá en el campo de la responsabilidad civil galénica ya que no pareciera que, con fundamento en sus disposiciones, vaya a modificarse la opinión doctrinaria que sostiene que "para que se configure un supuesto de responsabilidad del médico por la no obtención de consentimiento informado, debe poder establecerse una relación clara entre la falta de ese elemento y el perjuicio final sufrido por el paciente; si no existe ese nexo causal, no ha responsabilidad pese a la falta de consentimiento" (5).

Ha declarado la jurisprudencia sobre el punto: "a

solamente la omisión del médico de solicitar el consentimiento de la paciente no implica sin más un daño que autorice la reparación, pues deben configurarse los presupuestos de la responsabilidad civil. Es decir, es necesario que exista el factor de atribución, nexo de causalidad adecuado y el daño. A su vez, la presencia de este consentimiento informado por parte del paciente no libera automáticamente al médico, si se configuran los restantes elementos de la responsabilidad. En otras palabras, la falta de consentimiento informado dentro de la responsabilidad médica es un principio fundamental, pero no una razón axiológica de índole objetiva para atribuirle el daño al galeno por su intervención quirúrgica" (6).

La omisión del consentimiento informado descalifica el acto médico pero, por sí sola, no constituye una fuente de resarcimiento. Para ello será preciso que tenga nexo causal con el daño invocado por el paciente.

Y enhorabuena que así sea por cuanto, desarrollándose el vínculo entre el médico y el paciente en la intimidad del consultorio, más allá de la formalidad escrita ahora impuesta, la sola omisión del consentimiento informado como fuente de responsabilidad civil, abriría la puerta a innumerables y, muchas veces, injustificados e injustos reclamos indemnizatorios. **APM 38**

(1) Plaza Penadés, Javier. "El nuevo marco de la responsabilidad médica y hospitalaria", Aranzadi, Navarra, 2001, pág. 70. (2) Highton, Elena y Wierzba, Sandra: "La relación médico-paciente: el consentimiento informado", Ed. Ad Hoc, 1991. (3) Trigo Represas, Félix y López Mesa, Marcelo: "Tratado de la responsabilidad civil, Ed. La Ley, T. II, pág. 324 (4) López Mesa, Marcelo, "Tratado de la responsabilidad médica", Ed. Legis, pág. 310. (5) López Mesa, Marcelo, op. cit., pág. 378 (6) Cám. 1ra. Civil y Comercial, Córdoba, 01.10.11, "G., M.T. c/ C, N.E.", elDial.com, AA7396.

Desde 1898 un Progreso Seguro...



El Progreso Seguros S.A.

Casa Central: Avda. Córdoba 2522 - C1120 AAU - Ciudad de Buenos Aires - Tel: 4961-3680 y lin. rot. - Fax: 4961-0868
E-mail: info@elprogresoseguros.com.ar

Casa Matriz: Avda. Casey 99 - 88170 AAA - FIGUE - Prov. de Buenos Aires - Tel: 02923-472223 y lin. rot.
Fax: 02923-472046 - E-mail: pigue@elprogresoseguros.com.ar

El Síndrome de Burnout

y su relación con las demandas por Responsabilidad Profesional Médica



Por Dra. Geraldine Canteros.
Médica Cirujana.
Coordinadora del Área Médica de La Mutual.

El estilo de vida de este siglo ha generado la aparición de nuevas enfermedades relacionadas con el stress laboral y la desocupación, una de las cuáles adquirió la denominación de Burnout (síndrome del quemado) o Síndrome de Tomas. El concepto de Burnout fue utilizado por primera vez en el ámbito de la psicología por Freudenberg, en el año 1974. Este psicólogo lo definió como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esfuerzo esperado. Es un estado de agotamiento físico, emocional y mental, causado por el involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes, durante un tiempo prolongado.

Más tarde, Maslach y Jackson propusieron tres dimensiones interrelacionadas: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal. Estas dimensiones se integran en el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que se utiliza para medir dicho síndrome.

1. El Cansancio Emocional: constituye el elemento central del síndrome y se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, "de no poder dar más de sí", desde el punto de vista profesional. Para protegerse de este sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los demás, desarrollando así una actitud impersonal, deshumanización de las relaciones hacia las personas y miembros del equipo, mostrándose distanciado, a veces cínico y usando etiquetas despectivas o bien, en ocasiones, tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y disminuyendo su compromiso laboral. De esta forma intenta aliviar sus tensiones y trata de adaptarse a la situación aunque sea por medio de mecanismos neuróticos.

2. La Despersonalización: se refiere a una serie de actitudes de aislamiento de tipo pesimista y negativo, que va adoptando el sujeto y que surgen para protegerse de agotamiento.

3. La Falta de Realización Personal: el sujeto puede sentir que las exigencias laborales exceden su capacidad, se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales (sentimientos de inadecuación profesional); si bien puede surgir el efecto contrario, una sensación paradójica de impotencia que le hace redoblar sus esfuerzos, capacidades, intereses, aumentando su dedicación al trabajo y a los demás de forma inagotable. Es un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le requieren exceden de su capacidad para atenderlas debidamente.

La feroz competitividad e inseguridad que rigen en el ámbito laboral, las exigencias del medio, los cambios trascendentales en los enfoques de la vida y las costumbres, condicionan un ritmo vertiginoso que genera angustia, agotamiento emocional, trastornos en los ritmos de alimentación, actividad física y descanso, con dolencias físicas, psíquicas y factores de riesgo que ponen en riesgo la salud de los individuos del nuevo milenio.

El personal médico y paramédico que se desempeña en las instituciones de salud no escapa a esta condición, la que repercute en la calidad de los servicios que ofrece.

En efecto, quienes trabajan en profesiones que se encuentran en íntima relación con el sufrimiento humano (tales como psicoterapeutas, médicos, enfermeros, personal de rescate, etc.) son igualmente vulnerables al desgaste por empatía y al Burnout, dado que la empatía

La revista líder del Sector Salud

Medicina Global
Médicos

La revista de salud y calidad de vida

www.revistamedicos.com.ar Tél.: 4362-2024



es un recurso importante en el trabajo con poblaciones traumatizadas o sufrientes.

Diversos estudios han demostrado la presencia del síndrome de Burnout entre el personal médico y paramédico.

El contacto estrecho con los pacientes y la sobrecarga de trabajo son las principales causas de este síndrome.

En los últimos años se han evidenciado privatizaciones de obras sociales, sistemas prepagos, falta de presupuesto para la salud con la consecuente inestabilidad laboral, baja remuneración de profesionales que implica una devaluación de su trabajo, aumento de la cantidad de pacientes que deben atender, las exigencias a las que deben someterse; todos factores que ayudan a que los estresores se multipliquen y faciliten la aparición del Burnout.

Específicamente en nuestro país, los servicios de Urgencias son los lugares generadores de estrés por excelencia, dadas sus peculiaridades características: presión del tiempo y actuaciones urgentes, imposibilidad de realizar periodos de descanso predecibles durante el trabajo, carencia de soporte ambiental (espacio, luz, decoración, climatización inadecuada), imposibilidad de planificar la asistencia, falta de cooperación de los enfermos y de sus familiares debido a las demandas en la asistencia, responsabilidad civil y penal que conlleva la asistencia sanitaria, continuo riesgo y peligrosidad al que está sometido, aumento de las exigencias en cuanto a la calidad de la actuación profesional y continuo incremento de la presión social, que convierte a los pacientes en sujetos hipercríticos con la actuación del personal sanitario y en blanco de las protestas por todos los fallos del sistema sanitario.

Todos estos factores influyen en forma negativa en el desempeño del profesional, que tiende a aislarse, distanciarse de sus pacientes y a ejercer una medicina defensiva.

Esta forma de ejercicio de la profesión favorece la comisión de errores, que no son perdonados por los pacientes, fundamentado por trato impersonal con que se los atiende, aumentando drásticamente el número de demandas por presunta "Mala Praxis".

Por otro lado, a nivel social el individualismo exagerado, el narcisismo, la competencia e indiferencia llevan a un mayor aislamiento, a la falta de solidaridad y cooperación dentro de los equipos de salud, donde nadie se hace "responsable" de sus intervenciones.



Todo lo dicho se ve agravado por el aumento de los juicios por mala praxis, que fueron en gran parte, desencadenados por este tipo de ejercicio profesional, generándose así un círculo vicioso del que el médico no logra salir.

Las consecuencias sobre el médico: mayor índice de stress laboral y por ende de Síndrome de Burnout, inclusive con riesgo de suicidio, y en ocasiones el abandono de la práctica profesional.

Por todo lo dicho, es que el Síndrome de Burnout fue considerado por la Organización Mundial de la Salud como riesgo de trabajo. Su trascendencia radica en el impacto que tiene en la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones de salud.

En conclusión, dado que la prevalencia del Síndrome de Burnout entre los profesionales de la salud es muy alta, es necesario adoptar medidas para evitar el desarrollo de esta patología, con tan nefastas consecuencias para nuestros médicos. Una de éstas puede ser la intervención tanto individual como grupal dirigida a la prevención del síndrome, así como la promoción del tratamiento integral en todas sus dimensiones con el fin de que el personal del área de la salud realice su trabajo en óptimas condiciones de calidad, eficiencia y satisfacción personal. **APM 37**



Asociación de Clínicas
y Sanatorios Misiones Sur

Tucumán 2131 - Posadas - Misiones - Argentina
Tel. (03752) 440030 - C.P. 3300

El paciente-cliente en el ámbito de la salud



Entrevista a la Lic. Gloria Meca, Asesora de Prestaciones de FECLIBA y capacitadora en distintas instituciones de salud con más de 18 años de experiencia en el sector de la salud.

¿Qué se entiende por cliente en el ámbito de la salud?

Existe una especie de mito de no llamar al "cliente en el ámbito de la salud" como "cliente". Pero en realidad ese paciente es un cliente, quizá diferente u opuesto a otros en cuanto a que no quiere ser cliente de una institución de salud. No es lo mismo el cliente que ingresa a una compañía de turismo para comprarse un viaje que aquel que va a realizarse un examen de rutina. Desde la consulta médica ese cliente no quiere ser cliente. Nadie va por propia voluntad a un centro de salud.

Desde la acepción de la palabra ese paciente es un cliente porque "accede a un servicio"; desde las normas ISO es quien "accede a un producto". En las instituciones de salud se brindan servicios y productos y para llamarlo correctamente tendríamos que referirnos a él como "paciente-cliente".

Este paciente no puede optar con ir o no a una clínica ante determinada dolencia física pero sí puede elegir ir a uno u otro centro de salud.

No hay segundas oportunidades para causar una segunda buena intención. Se trata de un cliente que tiene como característica especial el "estar sensible y altamente temeroso". No le da lo mismo que lo atiendan bien o mal porque lo que está buscando es contención y no perdona la falta de cuidado y respeto.

¿Cuáles son los ejes o áreas a reforzar en una institución de salud para brindar una buena atención a este paciente-cliente tan particular?

En primer lugar la persona que lo recibe y lo está atendiendo, ya sea personal o telefónicamente, es la cara de la institución. Hace 18 años que trabajo como capacitadora y todavía veo una resistencia marcada de los directivos -y la estructura piramidal en general- en relación a la capacitación del personal. Es fundamental brindarle a esa persona que atiende al público los medios necesarios para desempeñarse. Por ejemplo, los directivos tienden a poner al frente de un lugar tan importante como la recepción a personas que quizá tienen buena presencia desde lo estético pero que no están capacitadas para el rol. Por eso el pilar fundamental es capacitarlas, que le hagan entender qué es un cliente, que una cosa es atender el teléfono y otra personalmente, entre otros puntos.

Cuando doy una capacitación no cargo nunca las tintas contra el personal administrativo. Cuando algo funciona mal desde la base es porque la estructura piramidal también funciona mal. Muchas veces los juicios por mala praxis son un cambio derivado de estas situaciones. He visto demandas que luego no prosperaron porque el paciente encontró en otro lugar otro tipo de paliativo que le hizo olvidar, por ejemplo, la mala atención que le brindó el médico. Estos clientes piden atención, respeto y cuidado y si no encuentran alguna de esas tres cosas es como abonar el piso con explosivos. Dentro de una institución de salud hay muchas aristas que pueden disparar cualquier conflicto legal. La parte médica quizá sea la más visible pero no hay que olvidarse que también están la mala asignación de turnos, la espera desmesurada, etc.

En la actualidad, ¿el paciente tiende a ser más exigente en cuanto a los servicios por los que paga?

Totalmente. Hoy estos pacientes-clientes vienen con una información adicional de su patología. Cuando están frente al médico le demandan "tal o cual" estudio porque ese paciente previamente se metió en internet y leyó que para su problema existe "determinada práctica". Esa virulización de los medios masivos genera que ese paciente incluso llegue a discutirle al médico sobre su patología.

Otra cuestión es que hay una parte de la población que paga una cobertura y llegado el momento de optar por su servicio quiere "todo". Además es demandante porque abona un seguro de salud elevado y está esperando utilizarlo. El seguro de salud, que debería ser algo que se utilice cuando realmente se necesita, es usado por muchas personas porque lo están pagando. Existe un grupo poblacional -un tipo de cliente- que de por sí exige más de lo que exigía antes y que no está dispuesto a esperar ni siquiera media hora para que lo atiendan.

¿Cuáles considera que son las causas de esta falta de interés en la capacitación del personal?

A veces parece que no es necesario capacitar al personal y otras los directivos ni siquiera están enterados de las cosas que pasan porque las situaciones se resuelven en otro nivel. Una



cames
Cámara de empresas de
Salud de la Provincia
de Córdoba

0810-122-7348
www.sentiteseguro.com.ar
www.cames.com.ar
info@sentiteseguro.com.ar
Córdoba - Argentina

cosa es la vivencia del que está en la trinchera todo el día atendiendo al público. Los directivos se ocupan de otras cuestiones y es cierto que en una institución de salud hay que brindar buena medicina y tener buenos profesionales, pero también hay que retener a esos pacientes que llegan.

¿Puede ser que esto tenga que ver con que la medicina siempre ha sido una profesión conservadora y algo rígida en sus formas?

El médico tiene una estructura muy rígida porque si hay algo que no cambió es el funcionamiento del cuerpo. Una apendicitis sigue siendo una apendicitis. Es una profesión estanca en algunos aspectos, como ser el lenguaje. Cuando un médico no puede bajar al llano y explicarse claramente ante el paciente, el lenguaje comienza a transformarse en una traba. Existen estadísticas sobre qué opinan los pacientes sobre el lenguaje médico: el 45% de los pacientes no los entienden o entienden pero no del todo. El médico todavía tiene mucho de ancestral y con esta masificación de la información que mencionábamos hoy se encuentra con otro tipo de paciente, que ya no es manso y al que si les habla en una jerga que no entiende seguramente le va a preguntar. Hoy el paciente quiere informarse y busca resultados.

Siguiendo esta línea, ¿qué se entiende por calidad en la atención de la salud?

Las normas ISO hablan de que la calidad es la percepción —no la opinión— del cliente sobre lo que es la calidad. Esta opinión final va a estar basada en esa percepción. En definitiva, quien va a dar el juicio sobre la calidad del servicio no son las normas ISO ni la categorización que le dan a la institución sino el propio cliente.

El paciente puede ingresar a un establecimiento en Recoleta, de última generación, pero no sentirse cómodo ni recibir un trato cálido. No hay que olvidarse que ese paciente-cliente busca contención.

Siempre van a llegar enfermos a las instituciones, el tema es cómo hacer para retenerlos una vez que llegaron porque si no se los atiende bien posiblemente no vuelvan.

¿Cuáles son los principales beneficios que encuentra una institución que decide invertir en la capacitación del personal para mejorar la atención?

Al contrario de lo que creen los directivos (“no capacito porque ese empleado luego se me va”), cuando el personal es capacitado se fideliza. El beneficio fundamental de la capacitación es la fidelización del personal. Si seguimos la ecuación de que “un empleado insatisfecho genera un cliente insatisfecho” entonces obtenemos la ecuación contraria.

Para terminar, ¿qué características especiales tiene el manejo de la queja, muchas veces generadora de reclamos judiciales?

La queja es la expresión de insatisfacción ante un hecho sucedido. Ante la queja, ese paciente-cliente lo que quiere es que, en el corto o mediano plazo, se le dé una respuesta, ni siquiera una solución.

En realidad el manejo de la queja tiene que ver con “no llegar a la queja”. Si se capacita antes, se disminuye el riesgo de que ocurra. Pero ante la misma, tengo que darle a ese paciente la oportunidad de que se manifieste. Si empezamos por no generar la queja, mejor; una vez ocurrida el tratamiento tiene que permitirle al paciente-cliente expresar su insatisfacción. **APM 36**



CONSTRUIR

Obra Social del Personal de la Construcción

Salud

SIEMPRE AL SERVICIO DE SUS AFILIADOS

OSPECON

**CENTRO MEDICO DE ATENCION PRIMARIA
CEMAP RIO GALLEGOS — SANTA CRUZ SUR
ALCORTA Nº 130-RIO GALLEGOS-SANTA CRUZ**

TEL.: 02966-432050 / 426058 E-MAIL: medz640@uocra.org

UOCRA

Unión Obrera de la Construcción
de la República Argentina
Seccional Santa Cruz Sur

Embarazos incompatibles con la vida

Análisis de la Ley 1.044 de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires



Por Dr. Esteban Scoufalos. Integrante del Área Médica de La Mutual.

La anencefalia es una anomalía congénita resultante en la falla del mecanismo de cierre del tubo neural en etapas precoces del desarrollo embrionario. Dentro de este grupo de defectos de cierre, la patología más grave es la craneoquisquisis, la cual resulta invariablemente en la muerte fetal precoz. Le sigue en gravedad la anencefalia, literalmente ausencia de encéfalo, la cual se caracteriza por la ausencia de los huesos craneanos, de los hemisferios cerebrales y de la corteza cerebral. Su incidencia mundial es muy variable y su causa, de origen multifactorial, es aún desconocida. Es la malformación congénita del sistema nervioso central más incompatible con la vida, casi invariablemente fatal, la cual puede ser diagnosticada a partir de la 12^o semana de edad gestacional. A pesar de que el 25% de los fetos anencefálicos nacen vivos, está médicamente aceptado no ofrecerles soporte vital ya que el tratamiento es considerado fútil. Sin embargo, ya que estos pacientes mantienen ciertos reflejos troncales rudimentarios debido a la falta de afectación del tronco encefálico, se los agrupa dentro de los estados vegetativos persistentes, no cumpliendo por lo tanto con los requisitos de inclusión en el protocolo de diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos del INCUCAI.

En nuestro país, entre los años 2000 y 2002, se hicieron públicos numerosos casos judiciales

en los que se solicitaba una autorización judicial para la interrupción del embarazo o la inducción del parto de un feto anencefálico. El más notorio de ellos fue el fallo S.T.: el 11/01/2001 la Corte Suprema de Justicia de la Nación confirmó por mayoría la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de Buenos Aires que había autorizado a la Dirección del Hospital Municipal Materno Infantil "Ramón Sardá" para que procediese a inducir el parto o eventualmente a practicar una operación cesárea a una mujer que se encontraba en estado avanzado de gravidez de un feto anencefálico. La colisión de derechos entre el feto y su madre, el concepto acerca de la inviabilidad del feto y si la interrupción del embarazo debía incluirse en la figura de aborto, fueron algunos de los temas evaluados por los magistrados. El pronunciamiento judicial se fundamentó en los principios bioéticos que privilegiaron el derecho a la salud de la mujer gestante y de su familia por sobre el de la vida del feto. Este caso, de alto impacto mediático, generó una gran controversia en la opinión pública y dio notoriedad a una patología congénita poco conocida por la sociedad, hasta ese momento. A pesar de esta histórica sentencia, se presentaron muchos casos judiciales en los que sus sentencias devenían prácticamente abstractas ya que, a pesar del fallo S.T., cuando se obtenía el pronunciamiento judicial, las



RED PRESTACIONAL INTEGRAL DE CLINICAS SANATORIOS INSTITUTOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

SANATORIO FORMOSA S.R.L. (Capital)	CLINICA de la MERCED (Las Lomitas)
HEMFOR S.R.L. (Capital)	CLINICA MEDICA "SANTA RITA" (El Colorado)
CLINICA "DR. JORGE VRSALOVIC S.R.L." (Capital)	SERVICIO RADIOLOGICO EL COLORADO (El Colorado)
NEO-FORM S.R.L. (Capital)	SERVICIO de IMAGENES ARGENTINAS (Clorinda)
CLINICA "SANTA LUCIA" (Capital)	INSTITUTO RADIOLOGICO DR. AMERICO AVEIRO (Capital)
INSTITUTO ABRUZZO (Capital)	INSTITUTO "Dra. KIRA POPOWITCH" (Capital)
CLINICA ARGENTINA (Clorinda)	INSTITUTO MEDICO QUIRURGICO "3 de DICIEMBRE" (Capital)
CLINICA "MARIA AUXILIADORA" (Clorinda)	LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA (Capital)
CLINICA INTEGRAL "SAN ANTONIO" S.R.L. (Pirané)	UROLOGIA DE MAGNOSTICO y TRATAMIENTO (Capital)
CLINICA "SANTA ROSA de LIMA" (Pirané)	DIAGNOSTICO SAN CAMILO-GAMMA SPECT FORMOSA S.R.L.
CLINICA "DR. CLAUDIO VILLAMEA" (Cte. Fontana)	

Eva Perón 151- Formosa (Capital)

mujeres se encontraban próximas al parto. El tema, ampliamente abordado por los medios de comunicación, se instaló en la sociedad, haciendo evidente la necesidad de contar con una norma que resolviera la cuestión. El 26/06/2003 se sancionó la Ley 1.044 de la CABA, cuyo objetivo es regular el procedimiento de los establecimientos asistenciales del sistema de salud de la ciudad, “respecto de toda mujer embarazada con un feto que padece anencefalia o patología análoga incompatible con la vida”. A continuación, se presentará un análisis crítico de sus artículos:

tituciones públicas. Tanto en el caso S.T., así como en las demandas que le siguieron posteriormente, las mujeres y sus familias debieron acudir a la jurisdicción constitucional por el hecho de no contar con los recursos económicos suficientes para acceder al sistema privado de salud, en el cual dichas prestaciones muchas veces se realizan sin ninguna clase de autorización judicial.

Este artículo omite especificar la incompatibilidad respecto a la “vida extrauterina”, lo cual se justifica en los fundamentos de la norma al decir que “no recurrimos caprichosamente a

La incorporación de la bioética al debate jurídico ha permitido colocar como punto vital el respeto de la autonomía de la madre y la protección de su dignidad. Sin embargo, la norma aún es insuficiente.

Artículo 1°.- Objeto. La presente Ley tiene por objeto regular, en el marco de lo establecido por la Ley 153, el procedimiento en los establecimientos asistenciales del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, respecto de toda mujer embarazada con un feto que padece anencefalia o patología análoga incompatible con la vida.

La disposición general de este artículo hace referencia al principio de no discriminación y a los factores socioeconómicos que estuvieron involucrados en el desencadenamiento de los fallos que motivaron a las solicitudes de amparo. El mismo se incluye en el contexto de la Ley 153, la cual establece en varios de sus artículos los conceptos de “acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades”, de “la inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden” en el sistema de salud y de “eliminar los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer en la atención de salud”.

No es casual que las demandas solicitando la inducción al parto fueran entabladas contra ins-

esta expresión, ya que apelamos a ella como una manera de hacer ostensible que el feto no puede ser considerado aisladamente de su situación en el seno materno”.

Artículo 2°.- Feto inviable. A efectos de la aplicación de esta Ley se entiende que un feto padece una patología incompatible con la vida cuando presenta gravísimas malformaciones, irreversibles e incurables, que producirán su muerte intraútero o a las pocas horas de nacer. Hace referencia a la imposibilidad del feto a sobrevivir fuera del seno materno, o sea, a su inviabilidad, lo cual puede ser determinado a través de los métodos modernos de diagnóstico prenatal. El tiempo de gestación no es el que determina la sobrevivencia de un feto sino su patología, la cual en este caso es intrínsecamente inviable. Este feto no recibirá ningún tipo de soporte vital, medidas consideradas fútiles, por lo cual su único soporte vital, desde el punto de vista técnico, es la madre. Esta particular situación permitiría a la madre decidir sobre si seguir o no con el embarazo, ya que la misma sería la portadora de un feto que padece una patología incompatible con la vida extrauterina, cuyo desarrollo no sería un “proceso de vida” sino un “proceso de muerte”.

Artículo 3°.- Diagnóstico. La incompatibilidad con la vida extrauterina debe ser fehaciente-

PRAXIS PROFESIONAL | RESPONSABILIDAD CIVIL | CAUCIÓN | VIDA | ACCIDENTES PERSONALES

Sumamos confianza a nuestros asegurados

- Brindando ventajas diferenciales en nuestras coberturas de Praxis Profesional Médica.
- Cobertura Extendida sin costo
- Asistencia 0-800-TPC y Gestión del Riesgo

TPC COMPAÑÍA DE SEGUROS

TPC Compañía de Seguros
Tel: (5411) 4676.5300 - info@webtpc.com
www.webtpc.com



mente comprobada por el médico tratante de la mujer embarazada mediante la realización de dos (2) ecografías obstétricas, en las que deberá consignarse el número del documento de identidad de la gestante o su impresión dígito-pulgar. Ahora sí se hace referencia a la incompatibilidad con la “vida extrauterina”, omitido en el 1° artículo. Llama la atención que se hace una mención explícita de la ecografía como si fuera el único método de diagnóstico de este tipo de patologías. Parecería que los legisladores sólo tuvieron presente a la anencefalia y no consideraron a otros métodos (amniocentesis, muestra de vellosidades coriónicas) útiles también para el diagnóstico de otros tipos de patologías incompatibles con la vida extrauterina. Debido a que la ecografía es un método de control rutinario, no invasivo y de bajo costo, la falta de mención de los otros métodos también hablaría de posibles razones presupuestarias.

Este artículo también tiene por objeto desterrar la idea de la necesidad de una autorización judicial para el adelantamiento del parto. El médico que ejerce su profesión ejerce un derecho que las leyes le acuerdan, configurando así una materia ajena al juzgamiento de los magistrados.

Artículo 4°.- Información. Plazo. Forma. Dentro de las setenta y dos (72) horas de la confirmación del diagnóstico referido por el artículo 2°, el médico tratante está obligado a informar a la mujer embarazada y al padre, si compareciere, explicándoles de manera clara y acorde con sus capacidades de comprensión, el diagnóstico y el pronóstico de la patología que afecta al feto, la posibilidad de continuar o adelantar el parto, y los alcances y consecuencias de la decisión que adopte. Debe dejarse constancia en la historia clínica de haber proporcionado dicha información, debidamente conformada por la gestante.

Este artículo plasma con claridad los alcances de la regla del consentimiento informado. Si bien manifiesta la inclusión del padre en el proceso de comunicación y comprensión de la información, no exige el consentimiento de la pareja para llevar adelante o no el adelantamiento del parto, descartando así la mal entendida práctica del consentimiento “bilateral”. La necesidad de contar con el consentimiento del cónyuge sería discriminatoria y violatoria del derecho a la autodeterminación personal, de la mujer gestante, ubicándola en un lugar de incapacidad contraria a la ley. Asimismo, la negativa de uno de ellos impediría el accionar médico, volviéndose nuevamente a la discusión acerca de la autorización judicial, desnaturalizando de esta manera el fin de la norma.

Artículo 5°.- Atención Psicoterapéutica. El establecimiento asistencial del sistema de salud debe brindar tratamiento psicoterapéutico a la gestante y su grupo familiar desde el momento en que es informada de las características del embarazo y hasta su rehabilitación.

En las demandas se ha cuestionado en muchos casos que el embarazo de un feto anencefálico cause daños en la salud física de la madre, motivo por el cual se denegaron las autorizaciones respectivas. Los Tratados sobre Derechos Humanos que integran el bloque de constitucionalidad y la Constitución de la Ciu-





ExpoMedical²⁰¹³

11ra. feria INTERNACIONAL de PRODUCTOS,
EQUIPOS y SERVICIOS para La SALUD

En conjunto con
12das JORNADAS DE
CAPACITACION
HOSPITALARIA

25 AL 27
SEPTIEMBRE
2013

- 65 jornadas & seminarios
- 240 empresas expositoras
- 15.000 visitantes profesionales
- 12.000 m² de superficie

CENTRO COSTA SALGUERO - BUENOS AIRES

Media Partner:

TEMAS  HOSPITALARIOS
Guía Anuario  ExpoMedical

Organiza
MERCOFERIAS S.R.L.

Tel./fax: (54-11) 4791-8001
Skype: expomedical
info@expomedical.com.ar

WWW.
expomedical
.com.ar



dad de Buenos Aires hablan, expresamente, de “salud integral”, fórmula que se reitera en la Ley 153. Es indudable que de esta manera la ley prevé el reconocimiento de la dimensión psíquica al concepto integral de salud. Asimismo también expresa que se dispongan de los medios terapéuticos necesarios para la mujer gestante y su familia, reconociendo de esta manera las posibles consecuencias gravosas para su integridad psíquica y estabilidad emocional a las que están todos expuestos.

Artículo 6°.- Adelantamiento del Parto. Requisitos. Si la gestante, informada en los términos del artículo 4°, decide adelantar el parto, se procederá a la realización de dicha práctica médica una vez cumplidos los siguientes requisitos indispensables y suficientes: a) Certificación de la inviabilidad del feto registrada en la historia clínica de la embarazada, con rúbrica del médico tratante, del médico ecografista y del director del establecimiento asistencial. b) Consentimiento informado de la mujer embarazada, prestado en la forma prescripta por el Decreto N° 208/01. c) Que el feto haya alcanzado las veinticuatro (24) semanas de edad gestacional, o la mínima edad gestacional en la que se registra viabilidad en fetos intrínseca o potencialmente sanos.

Este artículo pone énfasis en la edad gestacional mínima requerida para que la mujer pueda decidir adelantar el parto. Analizando los inc. a) y c) se puede observar lo contradictorio de la norma: por un lado se requiere de la certificación de la inviabilidad del feto y por otro lado se establece un mínimo de edad gestacional, o sea, un plazo de gestación de un feto viable. A través del concepto del adelantamiento del parto se elimina toda idea posible de que se está autorizando para abortar. Sin embargo, obligando a la mujer a mantener su embarazo desde el momento de diagnóstico hasta la posibilidad de adelantar el parto, existe un vacío normativo que vuelve a ignorar el concepto integral de salud de la gestante y de su grupo familiar y el peligro de daño en su salud mental al que todos están sometidos, reconocidos específicamente en su artículo anterior. El inc. b) establece taxativamente que debe existir el consentimiento informado por parte de la mujer gestante, descartando la necesidad de un consentimiento “bilateral” de ambos cónyuges.

Artículo 7°.- Instrucciones. El Poder Ejecutivo instruirá debidamente al equipo de salud y funcionarios que se desempeñan en los efectores del subsector estatal de salud sobre el procedimiento establecido por esta Ley, dentro del plazo de quince (15) días desde su promulgación. Está orientado a eliminar la “judicialización” del acto médico, la cual, como consecuencia de la habitual solicitud de “autorización judicial” de situaciones en las cuales el médico niega un tratamiento, ha cedido espacio de decisión al poder judicial en un ámbito ajeno al mismo.

Artículo 8°.- Objeción de conciencia. Procedi-

miento de reemplazos. Se respeta la objeción de conciencia respecto de la práctica enunciada en el artículo 6° en los profesionales que integran los servicios de obstetricia y tocoginecología del subsector estatal de salud. Los directivos del establecimiento asistencial que corresponda y la Secretaría de Salud están obligados a disponer o a exigir que se dispongan los reemplazos o sustituciones necesarios de manera inmediata.

Este artículo incluye la cláusula de objeción de conciencia la cual tiene por finalidad tranquilizar al personal de salud como derecho de rango constitucional que no podría ser negado a quien lo alegara legítimamente y asegurar que la prestación se realice acorde a lo garantizado por la Ley. Pero la misma omite la obligatoriedad de contar con un registro de objetores, lo cual permitiría organizar los turnos de modo que la institución médica contara en todo momento con al menos un profesional dispuesto a realizar el procedimiento. Asimismo dicho registro permitiría evitar la “doble conducta” por parte de algunos médicos que se niegan a realizar ciertos procedimientos en el ámbito público pero llevan a cabo en el privado.

Artículo 9°.- Prestaciones estatales.

Hace referencia a cuestiones administrativas que escapan a la problemática que se está tratando. La Ley 1.044 de la CABA se encuentra dotada de intenciones elogiadas. La misma protege simultáneamente el derecho a la vida del feto, ya que la inducción del parto no provocaría su muerte, y el derecho a la salud de la madre, quien tendrá la posibilidad de interrumpir su embarazo a partir de las 24 semanas de edad gestacional, no estando obligada de continuarlo hasta que el parto se produzca naturalmente. La incorporación de la bioética al debate jurídico ha permitido colocar como punto vital el respeto de la autonomía de la madre y la protección de su dignidad. Sin embargo, la norma aún es insuficiente. La exigencia a la madre de continuar con el embarazo durante cuatro meses, desde el momento de diagnóstico de anencefalia hasta la posibilidad que la Ley le permite interrumpirlo, sigue siendo su punto más débil y reprochable. Es real la reticencia exhibida por la jurisprudencia criminal argentina respecto a la aceptación del aborto terapéutico. La solución ofrecida por los legisladores porteños no hace otra cosa más que reforzar esa tendencia de los magistrados y brinda un argumento más para fundamentar la no-vigencia del supuesto de aborto no punible. Al crear la norma un procedimiento prolongador del embarazo, en definitiva lo que hace es desconocer los supuestos de aborto despenalizado, logrando el efecto contrario que se propone paliar, el daño en la salud mental de la madre. A pesar de sus puntos criticables, sería adecuado que la disposición entablada por la Legislatura porteña se haga extensiva al ordenamiento jurídico nacional. **APM 38**

El rol del perito en los juicios

por RP Médica

Entrevista a la Dra. Nora Iraola. Presidenta del Tribunal de Ética y Directora de Educación de la Comisión de Peritos de la Asociación Médica Argentina (AMA).

¿Cuál es la función del perito en los juicios por responsabilidad profesional médica?

En primer lugar el perito tiene una función, que es la de hacer una pericia. Se supone que es una persona experta en algunos temas (no se puede ser experto en todo) y que tiene como función algo muy diferente dentro de la medicina a lo que es una historia clínica, o sea, al actuar de un médico asistencial. El perito no hace tratamientos, no evoluciona a la persona y solamente tiene que fijar como objetivo: establecer el daño a través de todos los elementos que se aporten al expediente (fundamentalmente la historia clínica y los exámenes que se pidan); luego establecer las secuelas al momento del examen pericial (no valen las secuelas anteriores) y finalmente establecer un porcentaje de incapacidad sugerido. Además tiene que responder todas las preguntas de las partes.

El perito tiene que tener condiciones de idoneidad, o sea, conocimientos en la materia que trata y también puede consultar a expertos con experiencia. Tiene que ser absolutamente imparcial (o lo más que un ser humano pueda serlo) y comentar lo que él considera que es estrictamente verdad y cierto. Esto último es muy difícil. Cuando yo hago las pericias dejo para el final la incapacidad. Si no hay incapacidad el perito tiene que tener la profesionalidad suficiente para decirlo. Si ocurrieran estas cosas más a menudo quien sabe si no habría menos juicios. Creo que hoy hay más pericias en las que los médicos se dan cuenta que están comprometiendo su matrícula, su profesión, y establecen incapacidad cuando realmente la hay.

¿Considera que el perito médico debiera tener como especialidad de base aquella especialidad involucrada en el juicio?

En general hay médicos legistas y todos tienen una o dos especialidades. El hecho de haber cursado la carrera de médico legista hace que sepan, por ejemplo, traumatología, entre otras cosas. El médico legista puede hacer consultas con otros especialistas en el caso de que fuera necesario. El problema es que no es obligatorio ser médico legista. Lo que me parece difícil de entender es cómo un pediatra o un otorrino pueden ser peritos médicos. Los peritos no se eligen por especialidad.

La AMA es consultada por los tribunales como entidad científica en los juicios por responsabilidad profesional médica.

Nos consultan en juicios de mala praxis cuando son juicios importantes. Pero en realidad la AMA puede negarse a aceptar cualquier juicio porque es una Asociación de Médicos para la docencia de médicos. Ese es su fundamento

y no el brindar colaboración o asistencia a la justicia.

Para finalizar, ¿Cuáles son, a su criterio, las principales recomendaciones para evitar situaciones de conflicto que puedan derivar en juicios?

Una sola: la historia clínica. Muchas veces se trata de un conflicto que no se puede consensuar. Ante esto es muy grande la sensación de ataque que sufren los médicos y lo peor de estos juicios es el tiempo. Poner a operar a un profesional que acaba de recibir una cédula diciendo que tiene un juicio y que se le recuerda cada 6 meses porque recibe otra cédula en donde se lo notifica de algo nuevo... son cuatro, cinco, seis años de un suplicio terrible. Es decir, para ese profesional empieza un largo camino, con un estrés impresionante, y finalmente en muchos casos ese médico sale indemne. **APM 39**

Por Graciana Castelli para APM.



La Mutual estuvo presente en el pre Congreso sobre RISS organizado por FECLISE



El Presidente de La Mutual, Dr. Héctor Vazzano, junto al CP Aldo Yunes de Feclise.

La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional participó del II Pre Congreso Internacional sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) organizado por la Federación de Clínicas y Sanatorios de Santiago del Estero (Feclise).

El mismo se enmarca en una serie de actividades vinculadas a la iniciativa para el desarrollo de una agenda regional de hospitales en redes que viene desarrollando la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con la participación de la Federación Latinoamericana de Hospital (FLH) y la Cámara Argentina de Empresas de Salud (CAES).

El evento se llevó a cabo el 8 y 9 de agosto pasados en el Centro de Convenciones Forum de la capital santiagueña y la apertura de las jornadas estuvo en manos del CP Aldo Yunes, Presidente de Feclise.

El Pre Congreso contó con la participación de representantes del gobierno de local, entre ellos: el Vicegobernador de la provincia, Dr. Ángel Nicolai, y Ministros de Salud, Dr. Luis César Martínez. A su vez se destacó la presencia del representante de la OPS, Dr. Alejandro Gherardi, especialista en RISS, y de Dr. Norberto Larroca, Presidente de la FLH.

Participaron del evento disertantes de todo el país, quienes expusieron su conocimiento y experiencia en la materia ante Directores y Gerentes de clínicas y sanatorios de toda la provincia. **APM**



CP Aldo Yunes, Presidente de Feclise, y el Dr. Rafael Acevedo, Gerente General de La Mutual.

Productores y Asesores de Seguros
Especialistas en Praxis Médicas

Quinn Seguros



M.R. Fraguio 719 - Ituzaingó (1714) Bs As.- Tel./Fax: (011) 4624-1947 - info@segurosquinn.com.ar - www.segurosquinn.com.ar

XIX CONGRESO INTERNACIONAL SALUD | CRISIS | REFORMA

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMA PRELIMINAR 25 Y 26 DE SEPTIEMBRE DE 2013

1er jornada

- 8:00** ACREDITACIÓN Y COFFEE
- 9:00** ACTO APERTURA DEL CONGRESO:
DR. HÉCTOR VAZZANO - PRESIDENTE DE FECLIBA.
DN. NORBERTO LARROCA - PRESIDENTE DEL CONGRESO Y DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE HOSPITALES.
DN. DANIEL SCIOLI - GOBERNADOR DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES.
- 10:30** CONFERENCIA CENTRAL: LAS RISS
DR. RUBÉN TORRES - RECTOR UNIVERSIDAD ISALUD
- 11:15** MESA NACIONAL: LA SALUD Y LAS RISS
DR. JOSÉ GUCCIONE - PRESIDENTE COFELESA - DIPUTADO NACIONAL.
DR. ALBERTO CRESCENTI - DIRECTOR SAME.
DR. GUSTAVO CESAR MAMMONI - PRESIDENTE CONFECLESA.
- 13:00** ACTO APERTURA DE EXPOMEDICAL.
INTERVALO
- 15:00** MESA: LAS RISS Y LAS OBRAS SOCIALES PROVINCIALES
DR. ANTONIO LA SCALEIA - PRESIDENTE DE COSSPRA.
- 16:30** MESA FEDERAL: LAS PROVINCIAS Y EL DESARROLLO DE LAS RISS
COORDINADOR: DR. RAMÓN LOZZE - VICEPRESIDENTE CONFECLESA.
- DR. ALEJANDRO COLLIA - MINISTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.
- DR. MIGUEL RODRÍGUEZ - REPRESENTANTE DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS DE SAN JUAN.
CP. ALDO YUNES - REPRESENTANTE DE LA FEDERACIÓN DE CLÍNICAS DE SANTIAGO DEL ESTERO.

2da jornada

- 9:00** CONFERENCIA MAGISTRAL: LAS RISS Y LOS DETERMINANTES SOCIALES
DR. JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA - COLOMBIA.
- 9:45** CONFERENCIA INTERNACIONAL - PERSPECTIVA MUNDIAL DESDE LA FEDERACION INTERCIONAL DE HOSPITALES (FIH)
COORDINADOR: DR. JOSE DE SOUZA ABRAHAO - PAST PRESIDENT DE LA FIH
DR. JUAN CARLOS LINARES - COMITÉ EJECUTIVO DE LA FIH - GINEBRA - SUIZA
- 10:30** COFFEE BREAK
- 11:30** MESA INTERNACIONAL: RISS EXPERIENCIAS INTERNACIONALES
COORDINADOR: DR. GUILLERMO FAJARDO ORTÍZ - 1º PAST PRESIDENT FLH.
DR. PIER PAOLO BALLADELLI - ITALIA - REPRESENTANTE OPS EN ARGENTINA.
DR. JOSÉ SOTO BONEL - ESPAÑA - PRESIDENTE OIPSS.
DR. CARLOS GARAVELLI- MADRID- DIRECTOR REGIONAL OISS.
- 12:30** EXPERIENCIA RISS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
- 13:00** INTERVALO
- 15:00** MESA: LA INTEGRACIÓN ESTATAL-PRIVADA
COORDINADOR: DR. HUGO GIL - DIRECTOR ARGENTINA SALUD COMUNIDAD
Dr. OSCAR ALEJANDRO BALVERDI - MINISTRO DE SALUD DE SAN JUAN.
DR. JORGE DEL RÍO - SECRETARIO DE SALUD AMBIENTAL DE PILAR.
ING. RIGOBERTO PORRAS LÓPEZ - ESPAÑA - YAAMPI LA RED SOCIAL DE SALUD.
- 16:00** CONFERENCIA: LOS RRHH EN LAS RISS
COORDINADOR: DR. GULLERMO ABRAMIAN - PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE EMPRESAS DE SALUD DE CÓRDOBA.
LIC. GLORIA MECA - CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE FECLIBA.
- 17:00** CONFERENCIA: LOS TRABAJADORES Y LAS RISS
COORDINADOR: DR. GUSTAVO F. PATRI - PRESIDENTE DE LA ASOCIACION DE CLINICAS DE FORMOSA
LIC. CARLOS WEST OCAMPO - SECRETARIO GRAL DE FATSA.
CONCLUSIONES:
DR. ANTONIO BURGUEÑO CARBONELL - DIRECTOR GENERAL DE HOSPITALES DE MADRID.
CIERRE: DR. CARLOS NOCETI - PRESIDENTE CAES.

Auspiciado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires Res.Nº 3699 y de la Nación Res. Nº693

Declarado de Interés Nacional-*Presidencia de la Nación*-y Municipal -*Municipio de la ciudad de La Plata*.

Nuevos Consentimientos Informados Según Ley 26.529

2da. Edición ampliada y actualizada según ley 26.742



Contiene más de 140 modelos y guías para la redacción del consentimiento informado que cada práctica requiere, en las especialidades médicas más diversas:

Cirugía Estética
Oncología
Urología
Estudios Obligatorios
Otorrinolaringología
Neurocirugía
Internación Domiciliaria

Cardiociugía
Cirugía Vasculat
Cirugía de Cabeza y Cuello
Psiquiatría
Obstetricia
Ginecología
Cirugía General

Traumatología
Anestesiología
Oftalmología
Odontología
Traslados
Rechazo Terapéutico
Fecundación Asistida

Si desea adquirir la obra consulte escribiendo a: lamutual@lamutual.org.ar,
o bien llamando al 011-4371-9856 (líneas rotativas).

**Entrega gratuita a los Socios de LA MUTUAL
PROMOCIONES ESPECIALES**