

APM ARGENTINA PRAXIS MÉDICA LA REVISTA DE LA MUTUAL

Año VIII - Número 47 - Julio/Agosto de 2014 - Publicación bimensual de distribución gratuita.

WWW.LAMUTUAL.ORG.AR

ANUARIO 2014



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

Praxis I 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, 3° 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

Argentina Praxis Médica, la revista de La Mutual, les acerca una nueva edición de su clásico anuario, con una selección de entrevistas y artículos especializados sobre responsabilidad profesional médica y seguridad del paciente, publicados a lo largo de los últimos 12 meses.

Entre el material seleccionado encontrarán un artículo con "20 Consejos para prevenir demandas contra el médico" y una entrevista muy interesante sobre "Historia Clínica Electrónica. Principales ventajas y aspectos médico-legales".

Completan este número, una nota que aborda aspectos relacionados con la reacción del médico ante una demanda, y otra que reflexiona en torno a la mala praxis médica y la legislación vigente.

Finalmente, un trabajo sobre seguridad del paciente, focalizado en la prevención de caídas en pacientes hospitalizados.

Quienes hacemos APM agradecemos el acompañamiento de nuestros lectores a lo largo de estos ocho años de ininterrumpido trabajo y los invitamos a seguir participando de nuestra publicación, con el fin de trabajar juntos en la prevención y gestión del riesgo médico legal.

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 Periódica:
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 Ríojas 2356 - CABA.
(011) 4639-8011

Sumario

"20 Consejos para prevenir demandas contra el médico". Por Dr. Rafael Acevedo de La Mutual **4**

Prevención de caídas en pacientes hospitalizados.
Por Mg. Alejandra Parisotto y Lic. Ariel Palacios del Hospital Universitario Austral. **8**

La reacción del médico ante una demanda.
Por Dra. Geraldine Canteros de La Mutual. **10**

Historia Clínica Electrónica. Principales ventajas y aspectos médico-legales. Entrevista al Dr. Daniel Luna del Hospital Italiano de Buenos Aires. **11**

Mala praxis médica y legislación vigente.
Por Dr. Ernesto I. Badi de Fecliba. **14**

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° 5139518.

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

YouTube f TPC Compañía de Seguros
Tel. (54.11) 4876.5300 - info@webtpc.com
www.webtpc.com

20 Consejos para prevenir demandas contra el médico

Por Dr. Rafael Acevedo. Gerente de la Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional.
Abogado especialista en responsabilidad profesional médica / acevedor@lamutual.org.ar



Riesgos y cambios en la actividad sanitaria

El ejercicio de la medicina es una actividad riesgosa, medicina y riesgo son términos inescindibles, pues los médicos y establecimientos asistenciales tratan con enfermos cuya patología tiene su propio curso causal, en ciertas ocasiones previsible pero inevitable, gravitando asimismo las circunstancias de tiempo, persona, modo y lugar en que la misma deba llevarse a cabo.

Existen entonces riesgos asociados a cada paciente individualmente considerado, por las especiales características de la patología que lo aqueje y las diversas manifestaciones que una misma enfermedad puede tener en cada ser vivo; como así también están presentes los riesgos específicos de cada práctica o procedimiento médico, relacionado con las propias limitaciones de la ciencia médica, todo lo cual hace que los incidentes y eventos adversos inexorablemente se produzcan, y ni el profesional más encumbrado o la institución más prestigiosa puedan sentirse ajenos a esa realidad, sino todo lo contrario, ya que cuanto mayor sea el prestigio o la formación del inculcado, con mayor rigidez se juzgará su conducta.

Por su parte, la mayor exposición judicial del ejercicio de la medicina es un fenómeno instalado y su correlato es el crecimiento vertiginoso que se registra de la litigiosidad, sobre todo en estos últimos quince años.

De allí la imperiosa necesidad de, por un lado, no ignorar la compleja realidad bajo la cual se desarrolla la práctica médica, y, por el otro, tomar conciencia del valor de desarrollar acciones concretas en materia de administración de riesgos, adoptando una actitud anticipativa y proactiva para prevenir demandas.

Recomendaciones desde una visión práctica

La gestión de riesgos es entonces la única reacción eficaz capaz de frenar la evolución creciente de los eventos adversos y los reclamos por ellos, al tiempo que constituye una respuesta válida a las exigencias de calidad y seguridad que deben imponerse los establecimientos médicos. En el ámbito sanitario, la gestión de riesgos se traduce en un conjunto de actividades destinadas a minimizar las posibilidades de que se produzca un evento adverso durante la asistencia y a disminuir el grado de conflictividad que en la relación con el paciente ello pueda acarrear (doble finalidad); constituyendo un conjunto de medidas de autoprotección que buscan prevenir y evitar amenazas reales o potenciales de pérdidas económicas por error médico.

Para lograr progresos efectivos en ese sentido, todos quienes integran la organización, desde su dirección médica y gerencia, hasta quienes cumplen funciones operativas y de apoyo paramédico, pasando -por supuesto- por los integrantes del equipo de salud, deben asumirse como protagonistas en la ejecución de las prácticas y procedimientos necesarios para disminuir las posibilidades de ocurrencia de un incidente, y para advertir todo episodio anómalo o irregular con entidad para interferir en las expectativas del paciente respecto de la atención que debe recibir.

Bajo ese marco, la labor preventiva debe ser un proceso de permanente capacitación, ejecución y control dirigido a:

1. Cuidar y preservar por todos los medios una relación humana, respetuosa, auténtica y basada en el principio de confianza, del equipo médico con el paciente, teniendo en cuenta que frecuentemente se reclama solo por enojo frente a la omisión de dar explicaciones suficientes y oportunas acerca del evento ocurrido, o por una desatención injustificada de la queja recibida; mientras que en muchas otras ocasiones, cuando el paciente -o sus familiares- mantiene un buen vínculo con los profesionales que intervienen en su cuidado, no se reclama pese a que se haya cometido un error en la atención y el mismo haya provocado un daño injusto.

Ello es así porque el paciente, en general, juzga primero la dimensión interpersonal, y luego la dimensión técnica de la relación médico-paciente.

2. Procurar que dentro de la institución se lleve a cabo una razonable y concienzuda administración y custodia de la historia clínica, asignándosele el valor que tiene como instrumento no solo para el seguimiento del paciente, sino también para poder, recibido un reclamo, justificar y acreditar los alcances de la atención prestada, y las circunstancias bajo las cuales la misma se desarrolló. La historia clínica es el mejor aliado o el peor enemigo del médico en juicio.

Una historia clínica única, con registros claros, completos y oportunos respecto del diagnóstico y tratamiento efectuado, y en la que asimismo se documente adecuadamente las condiciones de ingreso, derivación, y alta del paciente, o, en su caso, el abandono o incumplimiento de tratamiento en el que haya incurrido el enfermo, es una herramienta decisiva para la suerte que pueda correrse en un proceso judicial.

3. A nivel institucional hacer una periódica revisión y auditoría sobre historias clínicas, no desde una óptica administrativa, sino bajo un enfo-



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

HDI
Seguros

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

Superintendencia de Seguros de la Nación - 0-800-666-8400 - www.ssn.gob.ar - N° de inscripción SSN: 0335

Descubra nuevas soluciones de protección

Estimado Socio:

Sabía usted que...

Además de la cobertura de ART, las empresas tienen una serie de indemnizaciones que deben afrontar en forma obligatoria en caso de fallecimiento o incapacidad de un trabajador.

Nuestras soluciones de protección brindan la más completa cobertura para estos imprevistos.

Ley de Contrato de Trabajo (N° 20.744)

■ Cobertura

Protege al empleador en caso de Fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente por accidente o enfermedad de sus empleados, las 24 horas, inclusive en días no laborables o estando de licencia.

■ Determinación de la Suma a Indemnizar

En caso de fallecimiento: se abona a los beneficiarios medio sueldo por año de antigüedad. De suceder una Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente, el empleado recibirá, en una sola cuota, un sueldo por año de antigüedad (Art. 245, 247 de la Ley 20.744).

Ejemplo: Un empleado con 10 años de antigüedad y un sueldo mensual de \$8.000 pierde la vida. El Empleador estará obligado por ley a abonar \$40.000 en concepto indemnizatorio y en cumplimiento de la Ley de Contrato de Trabajo. De no contar con la póliza que proteja tal riesgo, deberá afrontarlo directamente, afectando así su situación financiera.

Para mayor información sobre estas y otras coberturas contáctese con:

Representante Comercial HDI Seguros en La Mutual.
Área de adhesiones.

Teléfono: (5411) 4371-9856 int. 107
lamutual@lamutual.org.ar



que médico legal, es una práctica muy sana y eficaz para la mejora en este aspecto.

Asimismo, regular internamente los procedimientos de entrega de la documentación médica, historia clínica e información sanitaria según la ley 26.529, es otra variable a atender.

4. Cumplir con el deber de información, celebrando e instrumentando en legal forma el correspondiente consentimiento informado que cada procedimiento requiere, en un todo de acuerdo a la mentada ley 26.529 y su modificatoria ley 26.749. Recordemos que los efectos no deseados del tratamiento constituyen un riesgo que asume el propio paciente, pero ello ocurre así en la medida que haya podido decidir con información suficiente acerca de la ejecución o no del tratamiento sugerido por el profesional.

5. Instrumentar debidamente situaciones de rechazo terapéutico, incumplimiento o abandono de tratamiento, que será lo que permitirá acreditar la decisión del paciente de agravar el riesgo sobre su estado de salud.

6. Registrar adecuadamente los ingresos y egresos de pacientes, como así también toda demora, complicación o inconveniente relativo a su atención, provisión de prótesis o drogas, derivación y traslado; especialmente cuando ello es atribuible a terceros.

7. Fijar procedimientos para evitar incurrir en demora o negativa infundada de atención, inadecuados tiempos de atención, altas sanitarias sin prescripción médica, etc.

8. Cumplir con estándares mínimos en materia de admisión, seguridad y egresos de pacientes, prevención, registro y control de infecciones, seguridad en quirófano, y manejo de residuos patológicos.

9. Evitar la actuación de médicos residentes sin supervisión de médico de planta.

10. Darle valor a la aplicación de guías de práctica clínica, protocolos, y vías clínicas, como herramientas tanto para mejorar la calidad y contrarrestar el fenómeno de gran variabilidad en la práctica médica, como para prevenir eventos adversos.

11. Generar capacidades en todos los integrantes de la organización, aunque especialmente en el equipo de salud, para identificar eventos adversos y comunicarlos oportunamente a la dirección médica y al funcionario o comité de risk management que cumpla esa función dentro de la institución.

En relación a ello es trascendente que todo establecimiento médico asistencial tenga, al menos, una persona responsable de centralizar y monitorear toda la información y circuitos de comunicación que hacia adentro y fuera de la institución deben desplegarse en esta materia, como así también que asuma el rol de coordinación y supervisión de los procedimientos diseñados para llevar adelante la gestión de riesgos.

Al mismo tiempo vale la pena destacar que hay ciertos episodios o complicaciones médicas con mayor potencialidad de transformarse en un reclamo.

Como pauta general de funcionamiento debemos saber no solo que existen pacientes “más conflictivos” que otros, sino también incidentes o complicaciones graves que merecen una especial atención, no resultando razonable que la variable tiempo justifique no ocuparse de episodios extraordinarios y graves que, como tales, no ocurren todos los días.

12. Capacitar a enfermeros en el manejo de las relaciones interpersonales, como así también sobre cómo actuar ante episodios negativos vinculados a su labor profesional (qué hacer ante una quemadura, caída, error de medicamento o sustancia, escara, etc.).

13. Tratar de inmediato el incidente o evento adverso a fin de minimizar sus efectos, abordando el mismo en forma interdisciplinaria, y actuando rápidamente en la comunicación y terapéutica que el paciente pueda necesitar en esa circunstancia.

Frente a la obtención de un resultado no esperado, es fundamental la contención del paciente y sus familiares, y en esa tarea debe intervenir el médico tratante, quién deberá informar y explicar en forma llana lo ocurrido, tarea que muchas veces debe implicar un pedido de disculpas. Sepamos que pedir perdón no es igual a reconocer responsabilidad, así como error no es igual a culpa médica.

14. Contar con un servicio especializado de atención permanente al cual poder formular consultas para recibir indicaciones sobre cómo proceder en cada caso, tanto en lo concerniente a la continuidad de la atención médica, como a los resguardos que resulten necesarios adoptar.

15. Aprender de cada incidente, de cada error, implementando las medidas correctivas que permitan evitar que el mismo se presente de igual forma poco tiempo después. Los errores



Yaampi

Regístrese gratis en www.yaampi.com

!!! Comparta conocimientos
y obtenga presencia en internet para su consultorio !!!

La red social de salud



tienen que traducirse en información útil que pueda anticiparlos y prevenirlos en el futuro.

La experiencia también indica que ciertos tipos de errores se repiten frecuentemente bajo la misma modalidad, siendo los factores humanos, más que los científico-tecnológicos, los que tienen mayor incidencia en ello.

16. Definir cuándo y cómo dar información y respuestas públicas sobre un evento adverso. Ello evitará mediatizar los "casos médicos", como así también erróneas interpretaciones y emisión de juicios carentes de rigurosidad científica y jurídica.

17. Establecer un mecanismo ágil para el tratamiento y seguimiento de la queja médica, dando en cada caso una respuesta suficiente y oportuna.

La queja médica no es solo un termómetro para medir la calidad, sino también un instrumento que bien utilizado reduce ostensiblemente las posibilidades de que la expectativa afectada se transforme en una reclamación indemnizatoria. Para su abordaje debemos tener en cuenta factores tales como el nivel de educación del paciente, su grado de información, las expectativas previas, la percepción del daño, la influencia externa, entre otros.

18. Aumentar la cultura médico legal del profesional e institución sanitaria.

19. Cuando el reclamo deba agotarse por esa vía, asumir una eficaz y homogénea defensa en juicio, diseñando una estrategia defensiva con criterios uniformes, y de allí la importancia de que los médicos y la institución unifiquen la asistencia profesional y cobertura económica de su riesgo. Ello permitirá trabajar en forma coherente tanto en la contestación de las imputaciones médicas contenidas en la demanda, como respecto a la producción de la prueba.

20. Frente a la notificación de una demanda es importante actuar con celeridad, no solo en la comunicación del siniestro a la compañía de seguros, sino en reunir todos los elementos necesarios para una defensa, tarea que usualmente involucra acciones tales como:

- Conocer los alcances de la atención que pudo haber tenido el paciente en otro nosocomio, antes o después de que fuera atendido en nuestra institución.

- Hacerse de todos los antecedentes médicos vinculados a la atención prestada en la institución demandada.

- Reunir a todos los profesionales que intervinieron en la atención, para evaluar lo actuado y

definir aspectos vinculados a los términos de la contestación y los medios de prueba.

- Evaluar la oportunidad de contar con un Informe de Especialista, a más del informe médico legal necesario para contestar demanda.

- Coordinar acciones entre todos los letrados que intervengan en cada contestación de demanda.

- Adoptar decisiones específicas que cada juicio requiere.

Conclusión

Se trata, en definitiva, de comprender y asumir que todo conflicto en la relación con el paciente, y todo reclamo que éste pueda realizar en razón del daño sufrido en su salud, es *per se* un signo de alarma y un problema para la institución, del que igualmente deberá soportar pérdidas aun cuando exista el convencimiento de que se saldrá airoso en un proceso por daños y perjuicios. Por ello en más de una ocasión hemos afirmado que buena medicina no es igual a buena administración del riesgo médico legal, toda vez que lo que desde la medicina puede ser un grave error, o una enorme complicación, puede no resultar un problema relevante desde la óptica de la administración del riesgo, y por contraposición, aquella conducta que técnica y científicamente puede no merecer ningún reproche, o constituir un simple error excusable, probablemente no resulte intrascendente o de menor cuidado a los ojos de un administrador de riesgos, llegando incluso a ser un incidente grave, pues el riesgo de generación de un conflicto y el riesgo de pérdidas económicas no se mide en términos de valoración estrictamente médica.

El mismo error, médicamente ponderado, puede tener efectos muy diversos en el campo del derecho de daños, y de allí el diverso tratamiento que puntualmente cada caso exige desde su gestión.

Se trata entonces de generar un profundo cambio en la cultura médica y organizacional, dejando de lado una posición meramente receptiva de reclamos, asumiendo un rol activo con una adecuada resolución técnica de la problemática, diseñando y ejecutando medidas concretas que, como también habrá podido apreciarse, no resultan una cuestión de costos, sino muy por el contrario, la inmensa posibilidad de generar importantes mejoras en tal sentido frente al impacto económico que tiene la judicialización de los actos médicos en la estructura de costos de la actividad sanitaria. **APM**



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

Prevención de caídas en pacientes hospitalizados

Por Mg. Alejandra Parisotto (Directora de Enfermería-Hospital Universitario Austral) y
Lic. Ariel Palacios (Jefe de Seguridad del Paciente-Hospital Universitario Austral).



Desde hace miles de años diversos escritos dejaron traslucir la idea de la existencia de daño asociado a las prácticas de las ciencias biomédicas. Podría citarse como ejemplo el Código de Hammurabi (1728-1686 AC) el cual establecía entre otros aspectos que si un médico realizaba una cirugía a un noble y salvaba su vida, se le debían pagar 10 shekels de plata, pero si producía su muerte se le debía cortar la mano.

Años más tarde, surge la frase “primum non nocere” (ante todo no hacer daño) atribuida a Hipócrates (460 AC – 377 AC), utilizada hoy como el principio fundamental que mueve a los profesionales de la salud a ejercer sus prácticas de manera consciente y comprometida, al punto de haberse incorporado a los escritos de juramentos hipocráticos de los facultativos.

En 1863, Florence Nightingale, considerada hoy la primera enfermera profesional, expresaba que podría parecer extraño decir que el primer principio en un hospital es no hacer daño a los enfermos, pero era necesario decirlo porque la mortalidad hospitalaria era muy alta comparada con la extra hospitalaria.

A pesar de ello, y de la publicación en nuestra era de diversos artículos que abordaban el análisis de casos de errores de prescripción y de sitio quirúrgico equivocado, la seguridad del paciente como una de las dimensiones de la calidad, no tomó un rol protagónico hasta el año 1999, cuando surgió a la luz la publicación Toerris human: “Building a Saferhealth System”, conocida también como el Reporte IOM.

A partir de una estimación estadística, el Reporte IOM daba cuenta de que los errores médicos producían, solo en los Estados Unidos,

entre 44 mil y 98 mil muertes al año y que dichas muertes no estaban relacionadas con la patología de base de los pacientes sino a errores que en su gran mayoría eran evitables.

Posteriormente se comenzó a estudiar la incidencia de eventos de seguridad del paciente en el mundo, surgiendo así diversos estudios multicéntricos de relevancia, como el ENEAS en España, el IBEAS en Latinoamérica, y actualmente el estudio de incidencia de eventos adversos en el Mediterráneo Oriental y África. El estudio español estipuló una incidencia de pacientes con eventos adversos de 8.4%, el latinoamericano muestra una incidencia de pacientes con al menos un evento adverso del 10.5%, y el africano revela que la tercera parte de los pacientes afectados por un incidente de seguridad murieron a causa de él y que el 14% presenta una discapacidad permanente.

Tras ellos, la seguridad de los pacientes ha comenzado a convertirse rápidamente en una línea de gestión prioritaria dentro de las instituciones de salud a nivel global.

Luego de cientos de estudios publicados y 14 años de experiencia mundial, la verdad sobre la ocurrencia de incidentes de seguridad en las instituciones sanitarias se ha convertido en un hecho incuestionable. En la actualidad el foco de la discusión está puesto en el estudio de las causas de los errores y eventos adversos, el análisis de los riesgos asociados al cuidado de la salud de las personas y las estrategias necesarias para reducirlos o evitarlos.

Gran parte del éxito en la mejora de la seguridad de los pacientes radica en la creación de una cultura organizacional centrada en estos



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

temas. Cuando la cultura de la seguridad del paciente comienza a impregnarse en una institución de salud, empieza a tener una mirada del entorno, de la tarea, de los resultados que se esperan, más inclusiva que la convencional, pues se tienen en cuenta los riesgos existentes en el entorno y en los procesos.

Dentro de los incidentes de seguridad descritos en la bibliografía, las caídas constituyen un gran porcentaje de las lesiones sufridas en pacientes hospitalizados. Por ello es recomendable implantar evaluaciones de riesgo de caídas utilizando escalas afines a cada grupo etario (adultos, niños) pudiendo incluir los antecedentes de caídas, una revisión del consumo de alcohol y medicamentos, evaluación de la deambulación y el equilibrio y estado neurológico, entre otros; así como condiciones del entorno que pudieran favorecer el riesgo de sufrir lesiones como consecuencia de una caída.

Dicha evaluación debe estar acompañada de las medidas necesarias para reducir el riesgo de caídas de acuerdo al nivel de cada paciente. Virginia Henderson, académica y teórica de enfermería, desarrolló un postulado que da una visión clara de los cuidados de enfermería. En el mismo expresó definiciones como el concepto de entorno, donde marca claramente cuál es la responsabilidad de la enfermera cuando un individuo ve afectada su salud y la capacidad de controlar ese entorno. Ella afirma como un deber lo que las enfermeras “deben” realizar entre otras obligaciones:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones en relación a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.

Dentro de un conjunto de necesidades mencionadas en su postulado, la 9ª necesidad describe la relevancia de evitar los peligros. Allí se considera: el entorno familiar, el medio ambiente, la inmunidad, los mecanismos de defensa, las medidas preventivas, la seguridad física, la seguridad psicológica.

Considerando esto último se puede inferir que la responsabilidad de las estrategias para reducir las caídas de los pacientes hospitalizados recae, en gran medida, en los profesionales y personal de enfermería, ya que dentro de la valoración que este profesional debe hacer se pueden determinar los riesgos que la persona posee e implementar las intervenciones necesarias.

Sin embargo, el resto del equipo de salud debe estar totalmente involucrado en la prevención, realizando intervenciones seguras y, sobre todo, trabajando en equipo y siguiendo las premisas y cuidados establecidos para evitar una caída.

Es una tarea compleja que incluye un cambio cultural, que exige trabajo en equipo y multidisciplinario. Todos atentos a situaciones de riesgo que pueden ser mínimas, pero que también



pueden poner al paciente en situaciones críticas por las lesiones concurrentes.

No alcanza con escribir una política y un procedimiento. Hay que internalizar esta política y procedimiento, hay que controlar su cumplimiento, hay que educar sobre la importancia de adherir a cumplir lo dispuesto.

Es importante destacar que como toda medida necesita seguimiento y acompañamiento, brindar los medios, asegurarse de su uso. Que se produzca una caída no es un accidente, pues se puede prevenir, pero se necesita estar atentos.

A este equipo de personas atentas al riesgo hay que sumar al protagonista y actor principal cuyos roles desarrollan el paciente y la familia, brindándoles educación e información clave referida a la necesidad de solicitar ayuda para la movilización, necesidad de compañía permanente de pacientes con alto riesgo de caídas o de soporte al momento de trasladarlo al sanitario, entre otras. **APM**



Sociedad Odontológica
SIEMPRE UN PASO ADELANTE

La reacción del médico ante una demanda



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

Según un estudio realizado por la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACA-MI), la Argentina lidera en la actualidad el ranking de litigios por mala praxis médica y odontológica en Latinoamérica.

La realidad demuestra que hablar de “mala praxis” estremece a médicos, aseguradoras, instituciones y empresas vinculadas al sector salud; impactando también y con efectos reales sobre toda la sociedad.

Es sabido que la temática de los juicios por “mala praxis” médica es de dominio público, pero lo que trasciende es solamente la punta de un inmenso iceberg problemático que afecta directamente a un extenso sector de la comunidad médica. Sus efectos también se trasladan inevitablemente al sistema de salud en su conjunto, repercutiendo en la economía y en la sociedad, por lo que deja de ser un problema sectorial para convertirse en un serio problema social y político.

En un sistema perverso de salud como el de nuestro país, tan carente de recursos, tan manoseado por inescrupulosos enriquecidos a costa de la salud, el médico es el “hilo fino” más fácil de cortar, el candidato ideal para exprimir, el ingenuo más liviano de sacudir para rescatar las monedas que llevan en lo bolsillos.

¿Pero qué hace el médico ante un juicio por responsabilidad profesional?

La comunidad entera empieza a sufrir las consecuencias cuando el médico capacitado, con experiencia y prestigio entre sus colegas, empieza a “esquivar” la patología difícil, esa donde arriesga mucho y gana poco. El médico que cuida sus espaldas, discrimina por necesidad. La comunidad toda sufre esta realidad, al verse privada de la idoneidad y la experiencia de sus mejores médicos. Porque los mejores, también los más inteligentes, rápidamente ven la necesidad de dar un paso al costado para no exponerse.

También es cierto que algunos médicos argentinos no están acostumbrados a responsabilizarse por sus acciones y que la inmensa mayoría no tendría que trabajar en las actuales circunstancias. Arriesgan mucho sin ganar nada.

Al verse implicados en un juicio de responsabilidad profesional, la gran mayoría de ellos, no solo reacciona negando la realidad de los hechos, sino que hace difícil su propia defensa. Muchos profesionales no colaboran con sus propias compañías aseguradoras y las ven como el enemigo a vencer. Ocultan información esencial de la atención médica brindada y se

niegan a facilitar la documentación que podría demostrar su buen desempeño profesional.

Esto es así debido a que no hay nada que alarme más a un médico que verse implicado en una demanda que ponga en duda su actuar profesional. Cuando un médico es demandado toda su vida se arruina y se apodera de él una sensación de angustia que invade todos los actos de la vida.

Una demanda es lesiva para el buen nombre del médico, devastadora para el estado de ánimo, pone en juego el ejercicio mismo de la profesión y deja marcado de por vida a quien la sufre.

Es así que la primera reacción de un médico cuando es demandado es negar la situación, lo cual se manifiesta con la poca colaboración para su propia defensa, cuando esta se vuelve apremiante y esencial debido a los tiempos procesales.

Seguido a esta primera etapa de negación, continúa una de angustia, depresión y aislamiento en donde se cuestiona la propia capacidad profesional y la integridad personal.

Todo el esfuerzo de años de estudio y trabajo se desvanece ante sus propios ojos. Debido (en la mayoría de los casos) a la imposibilidad de retirarse del ejercicio profesional, la práctica médica se altera profundamente. Se comienza a ejercer una medicina defensiva, tal como fue explicado precedentemente. Se experimenta una notoria crueldad en la información, el rechazo de casos difíciles, y se comienza con la evaluación permanente de los pacientes y sus familias como los peores enemigos del médico.

Todo lo relatado se traslada a la capacidad del médico de auto-defenderse, convirtiéndose en muchas oportunidades en su propio enemigo.

Por tal motivo, el profesional debe entender que por muy calificado que sea el abogado que lo está defendiendo, no se puede colocar sobre sus hombros la totalidad de su defensa. El médico debe esforzarse en revisar conjuntamente con su abogado todos los aspectos de forma y de fondo para elaborar una adecuada respuesta a la demanda y fortalecer su propia defensa. Para ello debe revisar documentos, elaborar búsquedas, leer repetidamente la historia clínica y facilitar toda la documentación solicitada, entendiendo que con ello son partícipes necesarios de su propia defensa y que la necesidad de información certera por parte de quien ejerce su defensa es una necesidad en pos de ayudarlo y no de indagar en su vida privada. **APM**

Historia Clínica Electrónica

Principales ventajas y aspectos médico-legales

La Ley 26.529 de Derechos del Paciente define a la Historia Clínica, en su artículo 12, como el “documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud”. A su vez agrega, en su artículo 13, que el contenido de la misma “puede confeccionarse en soporte magnético siempre y cuando se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad”. La informatización de la documentación médica es un fenómeno mundial y en Argentina no son pocas las instituciones que ya están transitando la experiencia. Clínicas, sanatorios, hospitales, centros de salud y hasta consultorios particulares hacen uso de las herramientas que hoy proporcionan las nuevas tecnologías, especialmente en lo que refiere a la Historia Clínica Electrónica (HCE).

En el presente artículo mencionamos las principales ventajas de la HCE, algunos detalles de su implementación, así como también prestamos atención a ciertos aspectos médico-legales, teniendo en cuenta el valor probatorio de la historia clínica en los procesos judiciales: “El

profesional puede ampararse en la historia clínica para sostener la defensa en torno a su falta de responsabilidad, correlativamente cargará con las consecuencias de no poder aportar al proceso una prueba cuya producción le está legalmente impuesta”¹.

Para profundizar en el tema, APM entrevistó al Dr. Daniel Luna, Jefe del Departamento de Informática en Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires, institución que en el año 1998 comenzó el proceso de informatización de sus historias clínicas, hoy exitosamente instalado en su cultura organizacional.



Dr. Daniel Luna, Jefe del Departamento de Informática en Salud del Hospital Italiano.

- Para comenzar, ¿en qué consiste la Historia Clínica Electrónica (HCE) y que información la integra?

El registro médico en papel y el electrónico tienen la misma información, lo que cambia es el formato de almacenamiento y de visualización. Hay una matriz comparativa de ventajas y desventajas entre uno y otro.

Las funciones que debe cumplir el proceso de documentación clínica son: asistenciales, instancias de gestión, legales (valor probatorio), de investigación y educación.

La primera ventaja que tiene la HCE es la accesibilidad simultánea, la no fragmentación (con el papel se puede tener una historia clínica única pero se requiere de una logística muy grande). A su vez la fragmentación de la información genera duplicación, por ejemplo, si un paciente se realiza

Desde 1898 un Progreso Seguro...



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 - B8170 AAA - PIGUE - Prov. de Buenos Aires - Tel: 02923-472223
y lin. rot. - Fax: 02923-472046 - E-mail: pique@elprogresoseguros.com.ar



N° de Inscripción El Progreso 0716 / N° de Inscripción La Territorial 0596



un estudio en un centro y luego se atiende en otro, muchas veces se le repite el mismo estudio. Si la HCE está bien concebida y armada es un sistema que almacena la información en lo que se llama “repositorio de datos clínicos único”.

- ¿La carga electrónica es simultánea al momento de la atención? ¿Cómo se preserva la seguridad de la información cargada?

Es dependiente de las modalidades de atención. Está el médico traumatólogo que es una “eminencia” y tiene “un escriba”; y también está el médico más llano, como puede ser el médico de familia, que va cargando durante la consulta o después de revisar al paciente. Las modalidades de registro varían por especialidad y preferencias de cada usuario. Ahora bien, la carga es primaria y es el profesional actuante el que tiene que documentar y no un tercero. Tampoco hay grabación-desgrabación o papel y transcripción; se supone que es carga primaria en el sitio de atención.

Hay algo que se llama “time stamping” (estampado del tiempo), que se saca de un reloj atómico que está en Internet y que es inviolable. Cada vez que uno registra la cesión queda la fecha en que se realizó. Pero una cosa es la cesión de registro y otra la referencia a la atención. Uno puede atender ahora, no tener sistema y documentarlo después. Todo lo que se documenta no tiene por qué ser sincrónico con la atención, incluso se puede poner “esta evolución corresponde a la atención realizada el XXX a las XXX hs”. Lo que tiene que quedar registrado es qué profesional está datando, o posdatando, y a qué momento temporal corresponde.

Desde el punto de vista legal, eventualmente el médico tendrá que explicar por qué no registró antes. Ahora bien, es importante decir que no se puede cambiar el dato.

- ¿Qué requerimientos legales son inherentes a la HCE?

El valor probatorio del documento electrónico pide 3 cosas: temporalidad, autoría e inviolabilidad; o sea, que ningún usuario pueda entrar y cambiar lo registrado, que brinde la chance de reproducir cronológicamente la secuencia de actos del registro (no de lo que se puso adentro del registro) y la reproducción de la secuencia de los usuarios. Esta información la brinda el “time stamping”, la firma electrónica y el hash de la base de datos.

- ¿Es lo mismo la firma electrónica que la firma digital?

No es lo mismo. La Ley de Firma Digital menciona el PKI, que es la llave encriptada asimétrica. Un documento para que esté firmado electrónicamente tiene que estar firmado por una llave pública y una llave privada. Como es una encriptación asimétrica, la única manera de firmarlo es con la combinación de ambas.

El certificado electrónico que te da la llave pública y la llave privada tiene algo que se llama “la cadena de confianza”. Hay todo un procedimiento complejo desde lo informático y se asegura que hay un ente certificante público, que es el Estado. Si no están las dos llaves no hay validez.

La firma electrónica no tiene un ente certificante público. Hoy el Estado reconoce entes certificantes públicos solo para el mismo Estado (Anses, Afip, etc.) y en el ámbito privado-comercial no hay nadie que certifique la llave pública; por eso hay firma electrónica y no firma digital.

En el caso del Hospital Italiano tenemos firma electrónica. Nosotros mismos damos el certificado público. Hemos tenido 30 auditorías de peritos y cada vez que se llevan un documento electrónico validan que el entorno es seguro y que las instancias necesarias están preservadas.

- ¿Cómo se instrumenta el secuestro y entrega de la HCE?

La entregamos en papel. El problema es que en los juzgados no estarían en condiciones de ver el formato electrónico. El concepto es: llega el pedido de secuestro de historia clínica con la cédula, se tramita en Dirección, se imprimen todas las cesiones clínicas, el Director Médico firma una carátula (que es quien tiene la responsabilidad legal de la tutela) y se la llevan.

- ¿De qué manera se incorpora el Consentimiento Informado y el Rechazo terapéutico?

Se hace en papel, se firma, y luego se escanea (el papel se manda a un archivo). No hay otra manera de hacerlo. Habría que darle al paciente un certificado público y privado; sin embargo hoy la Ley de Derechos del Paciente pide que sea realice la firma de puño y letra.

- En el caso de las atenciones por guardia, ¿se abre una HCE por cada consulta?

El concepto es el siguiente: se abre una HC por individuo y lo que se abre por guardia son episo-



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

dios. Las personas tienen contactos y episodios con la institución, la diferencia entre ambos es que cuando se pide un turno para un ambulatorio se tiene definido cuándo empieza y cuándo termina esa atención (eso es un contacto). En el caso de los episodios se sabe cuándo empieza pero no cuándo termina; entonces la modalidad de registro cambia. En el ambulatorio generalmente hay alguien que longitudinalmente ve al paciente en distintos contactos.

El “repositorio de datos clínicos” almacena toda la información, pero antes de eso hay algo que se llama “master patient index”: el listado único de todos los pacientes.

Hay un repositorio de datos clínicos para cada paciente, que tiene el índice de los contactos (que son las consultas) y el de los episodios (las internaciones, consultas en la guardia, quimioterapia, cirugía ambulatoria, etc.).

Los registros de los episodios (internación y emergencias) están pensados para ese pedacito temporal que le toca al equipo médico que atiende. En el caso de los episodios (ambulatorios) el registro está pensado con más tiempo, una mirada a largo plazo, donde se pueden ver episodios de cuidado (no de atención).

El repositorio y la arquitectura del sistema son los mismos, la tabla maestra de pacientes es una sola, lo que cambia es la forma de visualizar esa lógica de documentación.

- ¿Cómo se compatibiliza el registro electrónico con la exigencia de llevar un libro de guardia que existe en algunos distritos?

El libro de guardia es una consulta a todo el sistema de información y genera un reporte. En ningún lado dice que el libro de guardia tiene que ser manuscrito. El problema que tenemos en Argentina es que toda la instancia legal, la Ley de Sanidad la delega en las provincias. Entonces puede haber una ley en X provincia, donde eligen cómo reglamentarla y llevarla adelante.

- ¿En el Hospital Italiano realizan recetas electrónicas para los medicamentos?

La receta es una indicación médica y un elemento para que el que lo dispensa (la farmacia) pueda pedir el pago al financiador de la cobertura de ese medicamento. La mayoría de las veces, salvo la venta bajo receta archivada, el modelo imperante es el que define el financiador, donde le dice a la farmacia “tenés que presentarme la receta en este formulario, con firma, con esto y con aquello”. Entonces la farmacia exige también un montón de otras instancias.

En el Hospital Italiano tenemos una farmacia mutual interna para los pacientes de nuestro prepago y el 80% de lo que se dispensa no necesita de esto porque es el mismo financiador quien dice “si está en el sistema es correcto”. Lo que se imprimen son las indicaciones para el paciente, que se las lleva en papel, o las puede ver en el portal, que es una suerte de sitio en internet donde el paciente que se atiende en

el hospital tiene un montón de funcionalidades (ver las recetas, estudios, imágenes, etc.)

- ¿Los pacientes tienen acceso online a sus historias clínicas?

No, tienen acceso a un sitio con información clínica relacionada. Argentina –y el mundo en general– está transitando un cambio de paradigma. Hoy la Ley de Derechos del Paciente dice que los datos son del paciente pero la Ley de Sanidad dice que la tutela de la historia clínica la tiene la institución; entonces es una falacia. Por eso nosotros creamos como modelo de empoderamiento un sistema que brinda al paciente distintos servicios: gestión (ver facturas, pedir turnos); comunicación (contactarse con su médico, mandarle un mensaje, etc.); documentación (ver resultados de exámenes complementarios, indicaciones de fármacos, las cartas de alta de las internaciones, las imágenes, etc.); información (vida saludable, cómo comer cuando es un paciente celíaco, recomendaciones de prácticas preventivas); un conjunto de funcionalidades que conforman el portal de salud.

- Para finalizar, ¿cuáles fueron los principales desafíos que tuvieron que enfrentar durante el proceso de transición de la historia clínica tradicional en papel a la historia clínica electrónica?

En el caso del Hospital Italiano la institución entendió que era estratégico hacer un sistema de información y por eso creó un Departamento Médico con todas las líneas de Sistema de Información, que es algo no muy común de encontrar. En segundo lugar entendió que había que formar especialistas en este nuevo dominio del conocimiento y por eso creó la carrera de especialista y la residencia en Informática Médica. Además asumió que iba a ser un proyecto a largo plazo. No se trata de un desafío tecnológico, sino principalmente socio-organizacional.

Nosotros hicimos todo lo imaginable. Empezamos por lugares donde iba a haber menos resistencia, como los médicos de atención primaria. Luego seguimos con atención secundaria, la guardia, la internación; siempre dando la chance de que aquel que era resistente luego se sumara. En las organizaciones de salud, el médico especialista de renombre es el bien máspreciado porque es buscado por los pacientes. Si uno lo pone en contra lo que se logra es que ese profesional se vaya y se lleve pacientes. Es necesario utilizar distintas estrategias de manejo de cambio.

La forma de registro está casi “genéticamente definida”; llevamos 4000 años registrando de una manera y cambiarla tiene que ser una estrategia de mucha seducción: mostrar los beneficios, ir despacio sabiendo cuando frenar, no cambiar de golpe, etc.

Nuestra estrategia para el cambio fue gradual y las resistencias se vieron en todos lados. El desafío no es la herramienta sino cómo implementarla en la cultura organizacional. **APM**

Por Graciana Castelli para APM.



¹Rafael Acevedo, “Gestión de Riesgos Médico Legales. Procedimientos y recomendaciones. Marco Jurídico”, Buenos Aires, 2012.

La Mutual felicita a FECLISE por su 50^a Aniversario



CP Aldo Yunes, Presidente de FECLISE, durante el Acto Protocolar de Ceremonia por el 50° Aniversario de la Entidad.



Dr. Mariano Jozami de FECLISE recibe reconocimiento de manos del Dr. Héctor Vazzano, Presidente de La Mutual.

La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional saluda a la Federación de Clínicas de Santiago del Estero (FECLISE) en su 50^a Aniversario, destacando el compromiso ininterrumpido con el Sector de la Salud, bregando por el bienestar institucional de las clínicas y sanatorios de la provincia, con el claro objetivo de que el esfuerzo realizado se materialice en su verdadero destinatario: la comunidad en su conjunto.

Nuestro más sincero respeto por la ardua tarea desempeñada a lo largo de estos años y brindamos para que la misma se replique en las futuras generaciones.

**Comisión Directiva
La Mutual**

 **ExpoMedical** ²⁰¹⁴
12da. feria internacional de productos,
equipos y servicios para la salud



**1 al 3
de octubre 2014**
CENTRO COSTA SALGUERO
BUENOS AIRES

**13^{ras} JORNADAS DE
CAPACITACION
HOSPITALARIA**

60 jornadas & seminarios
180 disertantes
14.000 visitantes profesionales
200 empresas expositoras

Media Partners
TEMAS **#HOSPITALARIOS**

Organiza
MERCOFERIAS S.R.L.

Tel./fax: (54 11) 4791.8001
Skype: expomedical
info@expomedical.com.ar

www.
expomedical
.com.ar

Mala praxis médica y legislación vigente

La legislación vigente, la doctrina y la jurisprudencia sobre la mala praxis afectan a todos y destruirán cualquier Sistema de Salud.

Afecta al paciente porque frente a los excesos padece una medicina defensiva, que rechaza asumir terapias riesgosas o lo somete a métodos de diagnóstico o terapéuticos innecesarios, que no siempre son incruentos y que encierran una dosis de incertidumbre y angustia.

Afecta a los profesionales que están expuestos a ser demandados hasta diez (10) años después de haber actuado o de que la supuesta víctima tome conciencia del daño, por montos que carecen de límite, dependiendo de la mera estimación personal, que generalmente inflan el asesoramiento comprometido y el beneficio de litigar sin gastos.

Afecta a los establecimientos asistenciales que deben responder, no solo por sus propios actos, sino también por los de los profesionales o personas, que si bien actuaron en su ámbito, no son dependientes sino que han sido contratados directamente por el paciente, sus familiares o por las entidades o empresas que le dan cobertura médico asistencial.

Afecta a los Estados Nacional, Provincial y Municipal cuando dan asistencia médica, sea por el Subsistema Asistencial o el de la Seguridad Social, ya que sus establecimientos hospitalarios, centros y profesionales, están involucrados como prestadores en todo lo que aquí se dice.

Afecta a los agentes del Seguro Nacional de Salud y empresas de medicina Prepaga, expuestos a cubrir indemnizaciones, que en general no conciden con los aportes y contribuciones recibidos, debiendo afectar recursos calculados actuarialmente para dar atención médica al pago de indemnizaciones no previstas.

Afecta a los tres "subsistemas de atención médica": el Público, el de la Seguridad Social y el Privado; que deben auxiliar, cuando están en condiciones, el quebranto económico de sus efectores y agentes, en los que inciden las causas enunciadas, pago de indemnizaciones, tratamientos en exceso, sobre-prestaciones innecesarias desde el criterio médico, pero que permiten justificar, en caso de denuncias temerarias o aventuras jurídicas, que se recurrió a todos los medios científicos y técnicos disponibles -ortodoxos y aún heterodoxos- cuando puede ser opinable su utilización.

Afecta a la Medicina, que encuentra retaceada la aplicación de nuevos métodos de diagnóstico o tratamiento, cuando conllevan un riesgo e inexorablemente se desalienta la asistencia de enfermos que por diversas razones tienen aumentada su fragilidad: edad, HIV, hepatitis, afección broncopulmonar.

Afecta a la Sociedad en general, que sufre los efectos de una litigiosidad desenfrenada, que



*Por Dr. Ernesto I. Badi.
Asesor en Política
Social y Empresaria de
FECLIBA.*



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

SANATORIO FORMOSA S.R.L. (Capital)
HEMOFOR S.R.L. (Capital)
CLINICA "DR. JORGE VRSALOVIC S.R.L." (Capital)
NEO-FORM S.R.L. (Capital)
CLINICA "SANTA LUCIA" (Capital)
INSTITUTO ABRUZZO (Capital)
CLINICA ARGENTINA (Clorinda)
CLINICA "MARIA AUXILIADORA" (Clorinda)
CLINICA INTEGRAL "SAN ANTONIO" S.R.L. (Pirané)
CLINICA "SANTA ROSA de LIMA" (Pirané)
CLINICA "DR. CLAUDIO VILLAMEA" (Cte. Fontana)

CLINICA de la MERCED (Las Lomitas)
CLINICA MEDICA "SANTA RITA" (El Colorado)
SERVICIO RADIOLOGICO EL COLORADO (El Colorado)
SERVICIO de IMAGENES ARGENTINAS (Clorinda)
INSTITUTO RADIOLOGICO DR. AMERICO AVEIRO (Capital)
INSTITUTO "Dra. KIRA POPOWITCH" (Capital)
INSTITUTO MEDICO QUIRURGICO "3 de DICIEMBRE" (Capital)
LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA (Capital)
UROLOGIA DE MAGNOSTICO y TRATAMIENTO (Capital)
DIAGNOSTICO SAN CAMILO-GAMMA SPECT FORMOSA S.R.L.

Eva Perón 151- Formosa (Capital)



distrae recursos afectados a la asistencia médica, en pos de intereses no siempre defendibles.

Causas que provocan el tremendo impacto negativo

Legislación general sobre responsabilidad civil por daño, que comprende a todas las personas y profesiones, no distingue ni considera las características de cada actividad; ni lo hacen los jueces al momento de aplicar las normas.

Pocas actividades, como la medicina, deben

resolver los problemas sobre procesos dinámicos en evolución; sin embargo, al momento de juzgar el caso, la prueba, especialmente la pericial de gran relevancia, se produce sobre un tratamiento concluido en base a resultados y consecuencias conocidas. Para el que lo ve desde afuera, en un gabinete, al margen de las presiones y sabiendo el desenlace, puede surgirle la idea de que actuando de otro modo pudo ser mejor, sin que exista manera de hacer la comprobación. Doctrina y jurisprudencia imperante, que de hecho han instalado la responsabilidad objetiva (en virtud de la cual no deberá probar la culpa quien formula el reclamo, ya que al profesional o al establecimiento les resultará difícil exonerarse aunque demuestren que actuaron correctamente) consideran que cuando el resultado del tratamiento médico es insólito, anormal o razonablemente imprevisible, debe presumirse la existencia de culpa, salvo que se demuestre lo contrario, al extremo en muchos casos de requerirse compruebe la culpa de la víctima o de un tercero, por el que el establecimiento o el profesional no deben responder.

Alentados por este criterio se promueven juicios cuando el paciente o sus familiares no obtienen del tratamiento el resultado por ellos esperado. Falta de límite indemnizatorio, que puede comprometer el esfuerzo, el ahorro y la inversión de toda una vida y que generalmente no condice con los honorarios y aranceles devengados, ni con los recursos del Sistema.

Prescripción de la acción de reclamo de diez (10) años, contados a partir del acto médico que se denuncia como causante del daño o desde que la víctima tuvo conocimiento de su incapacidad, plazo que puede ser suspendido por un año simplemente con cursar una intimación fehaciente, lo que provoca en muchos casos la desmesura de quedar expuesto casi de por vida y de tener que responder a una demanda, el profesional o sus herederos si ha fallecido, cuando no le queda atisbo de elementos probatorios para demostrar su inocencia.

Litigar sin gasto, un beneficio que se concede con absurda y arbitraria facilidad, aún a quienes poseen recursos suficientes para costear un juicio, lo que incentiva la promoción de demandas y dispara el importe reclamado a cifras impensadas, que generalmente no se corresponden con el supuesto daño.

Otras dificultades

La "Buena Praxis" no alcanza para eximir de responsabilidad. El criterio sustentado a través de la actual Doctrina y Jurisprudencia y la responsabilidad objetiva que jurisprudencialmente se consume, llevan a la presunción de la culpa a extremos difíciles de contrarrestar. Solo puede eximir de responsabilidad una prueba contundente, de haber actuado de modo diligente, haciendo lo que corresponde en el momento oportuno. Sin exagerar la nota, podemos con-

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

cluir diciendo que en la actividad médico asistencial, los profesionales y establecimientos están expuestos al reclamo y pago de indemnizaciones, aun habiendo obrado con la mayor capacidad, diligencia y eficiencia.

Riesgo de soportar los gastos causídicos demostrando la inocencia. A la posibilidad de resultar condenado, sin haber actuado con negligencia, impericia, imprudencia o temeridad, se agrega la injusticia de tener que cargar con los honorarios de los peritos y de sus abogados, no obstante que se rechace el reclamo, por aventurado que haya sido, si la supuesta víctima o sus derechohabientes, actuaron con el beneficio de litigar sin gastos.

Exposición de la fama en todos los supuestos de denuncia o reclamo, pero totalmente injustificada cuando se obró conforme a las reglas de la ciencia y la técnica médica. Aunque quede absolutamente demostrada la ausencia de responsabilidad, la reputación queda tocada, en mayor grado cuando mayor es la difusión del hecho. Como el cristal cuando se astilla no se recompone más.

Soluciones para el profesional y el establecimiento

Muy pocas o ninguna. El consentimiento informado en la medida en que se lo complete idóneamente, para que el paciente o sus representantes acepten "in extenso" las consecuencias y secuelas del tratamiento, se convierte en un elemento que facilita una estrategia defensiva, pero por sí solo no exime de responsabilidad, como tampoco lo hace la dispensa de la culpa. Se debe admitir que la obtención de este instrumento, no es un procedimiento simple o fácil en la relación médico-paciente. La carga de tareas administrativas a las que está sometido el profesional, los bajos aranceles que intensifican el número de pacientes para obtener un ingreso decoroso, no hacen propicia la pausa para entablar un diálogo en un marco de acercamiento espiritual, en el que informar detenidamente sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento, las consecuencias, secuelas

y el pronóstico, con las posibles alternativas, por tratarse de una actividad riesgosa, falible, inexacta y conjetural.

Transferencia del riesgo mediante contratación de seguro. Es en todo caso una solución, que mantiene un grado de exposición por encima del monto contratado. Al no tener límite el reclamo y tampoco el monto indemnizatorio objeto de la eventual condena, es difícil quedar indemne. El pago de la prima en el mejor de los supuestos, solo da cobertura hasta el importe contratado. El margen, hasta cubrir el monto indemnizatorio de la condena o la transacción, no deja de ser una exposición. Sin embargo es importante la cobertura asegurativa, que además de cubrir un importe indemnizatorio brinda la oportunidad de un servicio letrado a cargo de profesionales expertos y experimentados, dándole un complemento superlativo, cuando además se brinda permanente asesoramiento para prevenir las situaciones de riesgo mediante estándares de seguridad.

Cómo evitar las desastrosas consecuencias que rigen actualmente y que inexorablemente destruirán cualquier Sistema de Salud

Realizar la Justicia, aplicando el principio de razonabilidad, es lo que legitima el poder del Estado para legislar.

Legislar específicamente la actividad médico asistencial. Tiene características especiales, de las que destaca que se ejerce sobre seres humanos, cuya esencia es frágil, condición que se agudiza con la enfermedad, que en muchos casos se debe resolver en un proceso dinámico y perentorio, que no admite pruebas, cálculos o análisis. Respecto del daño causado, en otra actividad el riesgo lo crea la culpa, en la medicina la patología que el profesional debe asistir. Reducir el plazo de la prescripción a no más de dos años. Con los modernos medios de comunicación e información, no es necesario ni se justifica dotar de mayor lapso, prolongando la inseguridad jurídica que de ello deriva y el pernicioso distanciamiento en el tiempo con las medidas de prueba.



La revista líder del Sector Salud

Medicina Global
Médicos

La revista de salud y calidad de vida

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





Limitar el monto indemnizatorio a cifras que se correspondan económicamente, con la realidad de los Servicios de Salud, considerando que en todos los casos nos estamos refiriendo a la culpa y no al dolo o a la intencionalidad, y que en general se condena por responsabilidad objetiva, en la que la conducta diligente no es suficiente para exonerar al sindicato como responsable.

Poner límites a la indemnización, no es extraño al sistema argentino y de muchas otras legislaciones extranjeras y tratados internacionales, como los accidentes ocurridos en el transporte marítimo y aéreo, los infortunios laborales. La Convención de Viena sobre Responsabilidad Civil por daños nucleares de 1963 o el tope en la navegación aérea internacional, conforme al convenio de Varsovia de 1929 según protocolo de La Haya de 1955; solo por señalar algunos de los casos emblemáticos.

Dispensar de culpa hasta el monto del seguro contratado por el profesional o establecimiento, siempre que el paciente o sus representantes hayan sido fehacientemente informados de ese condicionamiento o límite a la responsabilidad y libremente haya optado por aceptarlo. La actual legislación solo prohíbe la dispensa del dolo; sin embargo la doctrina y jurisprudencia no aceptan la de la culpa en materia de atención de la salud. Sin entrar a considerar las razones y justicia de ese criterio, no es legítimo y mucho menos razonable impedir que, sobre bases racionales, se establezca un límite decoroso en un aspecto estrictamente económico.

Mediación especializada previa a demandar judicialmente. Arbitrar algún medio de intervención de los Colegios Médicos, Asociaciones Científicas Médicas o Facultades de Medicina, con un procedimiento rápido que permita anticipar a las partes el criterio profesional objetivo sobre la práctica cuestionada, de manera de desalentar demandas temerarias o aventuras litigiosas, como así también la obstinada e infundada negativa de la responsabilidad profesional. Con ello se evitará el dispendio de tiempo, dinero y de actividad jurisdiccional.

El beneficio de litigar sin gasto debe ser racionalizado y puesto a cargo de la Sociedad. El derecho a litigar sin gasto, para quien realmente carece de recursos, es una forma o método de garantizar el derecho a la Jurisdicción que consagran la Constitución Nacional, y en general las provinciales y Tratados Internacionales a los que adhirió nuestro país. Por lo tanto, los gastos que se produzcan cuando la participación del beneficiado es rechazada, deben quedar a cargo de los Estados Nacional o Provinciales, y en modo alguno de quien circunstancialmente tuvo que soportar la demanda y sus consecuencias negativas, que para su reputación arroja un pleito sobre mala praxis.

Medios para erradicar el problema definitivamente

Algunos países están pensando y otros ya están aplicando nuevas fórmulas imaginativas, inteligentes y equitativas, para resolver las perniciosas consecuencias de la mala praxis.

Instrumentar una indemnización para los pacientes que padezcan daño, como resulta de un tratamiento médico, haya o no culpa. El financiamiento puede tener una fuente impositiva, como sustento en una responsabilidad del Estado en proteger el Derecho a la Salud o nutrirse de los aportes y contribuciones destinados al sistema de cobertura o en parte por el Estado y los efectores de los servicios de salud, mediante un porcentaje de los aranceles que perciban. En este caso, el esfuerzo económico para sustentar el pago de las indemnizaciones sería acorde con los ingresos de los profesionales y establecimientos.

Constituir un seguro a favor del paciente, para el supuesto de quedar incapacitado, financiado con recursos provenientes del sistema que le cubre los servicios, formado de modo similar al fondo de redistribución que contempla el Seguro Nacional de Salud. **APM**



**Asociación de Clínicas
y Sanatorios Misiones Sur**

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

Estudia

- **Enfermería**
- **Aux. de Enfermería**
certificaciones oficiales

Cursos

- **Facturación**
- **Aux. Geriátrico**



INSTITUTO
SUPERIOR
EN SALUD
FECLIBA

Informes

Av. 7 N° 532 – La Plata
Tel. 412-9169 – iss@fecliba.org.ar
www.fecliba.org.ar



FECLIBA

Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y Otros
Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires

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
Cardiología
Cirugía Vascular
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**