

APM ARGENTINA PRAXIS MÉDICA

LA REVISTA DE LA MUTUAL

Año IX - Número 50 - Enero/Febrero de 2015 - Publicación bimensual de distribución gratuita.

WWW.LAMUTUAL.ORG.AR

En esta Edición



· Medicina Estética:
una especialidad subvalorada.

· La Calidad en la Atención
de la Salud:
"Un Derecho para Todos".

· RP Odontólogos. Algunas
consideraciones sobre la
implantología.

· Entrevista a D. José Soto Bonel,
Presidente de la OIPSS.

**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, 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.

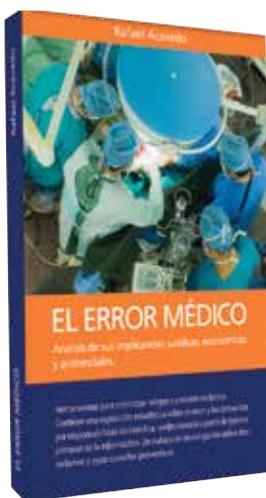
- Prevención de infecciones nosocomiales.
- Quemaduras por uso de electrobisturí.
- Prevención y gestión de caídas.
- Cirugía Segura y la Resolución 28/2012 del MSN.

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 cumple 50 ediciones ininterrumpidas y les acerca una variedad de temas, entre los que se destacan: un artículo sobre medicina estética, que pone el acento en los riesgos de dicha especialidad y destaca la importancia de una práctica médica atenta.

En el plano de la calidad, compartimos la conferencia que brindó el Dr. José María Paganini, Presidente del CENAS, en el marco de la XXXI Reunión Internacional de la ISQUA, titulada: La Calidad en la atención de la Salud: "Un Derecho para todos".

Completan la edición, una entrevista a D. José F. Soto Bonel, Presidente de la Organización Iberoamericana de Prestadores de Servicios de Salud, quien nos muestra el panorama de los reclamos por responsabilidad profesional mé-

ca en España, y comparte distintas estrategias para la gestión y administración del riesgo.

Por último, la segunda parte del capítulo sobre odontología, que pertenece al libro "EL ERROR MÉDICO. Análisis de sus implicancias jurídicas, económicas y asistenciales", del Dr. Rafael Acevedo, Gerente de La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional, con algunas consideraciones sobre la implantología y su tratamiento legal.

Los invitamos a recorrer nuestras páginas y damos inicio a un nuevo año de trabajo y comunicación, que esperamos nos encuentre unidos como hasta ahora.

Dr. Héctor S. Vazzano
Presidente
La Mutual



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 Riojas 2356 - CABA.
(011) 4639-8011

Sumario

Medicina estética: una especialidad Subvalorada.
Por Dra. Geraldine Canterios de La Mutual. **4**

RC Odontólogos. Algunas consideraciones sobre la implantología y su tratamiento legal.
Por Dr. Rafael Acevedo, La Mutual. **8**

Entrevista a D. José Soto Bonel,
Presidente de la OIPSS. **10**

Jurisprudencia. **12**

La Calidad en la Atención de la Salud:
"Un Derecho para Todos".
Por Dr. José María Paganini, Presidente del CENAS. **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° 5205536.

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

Medicina Estética: una especialidad subvalorada



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

La Medicina Estética incluye un conjunto de actos, técnicas y procedimientos médicos no quirúrgicos, dirigidos a mejorar total o parcialmente los aspectos inestéticos o juzgados así por el mismo paciente, tanto si son constitucionales o adquiridos por cualquiera causa, como los estados de disconformidad general que son consecuencia del envejecimiento fisiológico, con la finalidad de conseguir mejorar la calidad de vida y el bienestar físico y psíquico que tienen que configurar un estado óptimo de salud.

Dentro de los procedimientos incluidos en la especialidad, se encuentran aquellos que necesitarán de algún tipo de anestesia, la cual podrá ser tópica o local, así como también aquellos que requerirán la utilización de algún tipo de aparato, el cual deberá estar debidamente autorizado y homologado.

Solo a modo de ejemplo, se pueden nombrar los siguientes procedimientos:

- Tratamiento de la patología estética del tejido graso, como ser: terapia intradérmica por vía percutánea, mesoterapia, sonoforesis, hidroelectroforesis, electroforesis, iontoforesis, criolectroforesis, terapias con gases medici-

sicos, químicos, lumínicos (láser) y radiofrecuencia, implantes de relleno, microdermoabrasión, láser, dermopigmentación, etc.

- Tratamientos faciales: remodelación labial, blanqueado dental cosmético y tratamiento de la halitosis.
- Tratamientos corporales: implantes de relleno.
- Tratamiento de la patología estética vascular: esclerosis de venas: química, eléctrica, fotoesclerosis.

Teniendo en cuenta la somera lista comentada ut supra, la Medicina Estética es un área de especialización que convoca e integra a diferentes profesionales de la salud. La demanda por parte de los pacientes y por lo tanto de los profesionales médicos, requiere una amplia y correcta formación universitaria para lograr un saber especializado y sistemático. Dicha formación cubre un espacio entre la cirugía estética y la estética dermatológica requiriendo un conocimiento específico de aplicación clínica y no quirúrgica, es decir, se distingue por ser una práctica ambulatoria y que trabaja en el tratamiento del inestetismo facial y corporal, aplicando técnicas específicas.

“Durante 2013 se realizaron en el país 287.823 procedimientos –quirúrgicos y no quirúrgicos–, lo que coloca al país en el noveno lugar del ranking mundial, según un informe emitido por la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética.”

nales (oxígeno, ozono, anhídrido carbónico), electroterapia, mecanoterapia (quiromasaje, drenaje linfático manual, amassament mecanizado, presoterapia) e hidroterapia.

- Tratamiento de la patología estética de la piel y los anexos: peelings mediante agentes fí-

Argentina, sin lugar a dudas, se caracteriza por tener una población general que se ocupa de manera importante de los requerimientos estéticos de su persona, independientemente de su nivel socioeconómico. Debido a ello, se caracteriza por presentar una gran demanda con

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



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.gov.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.

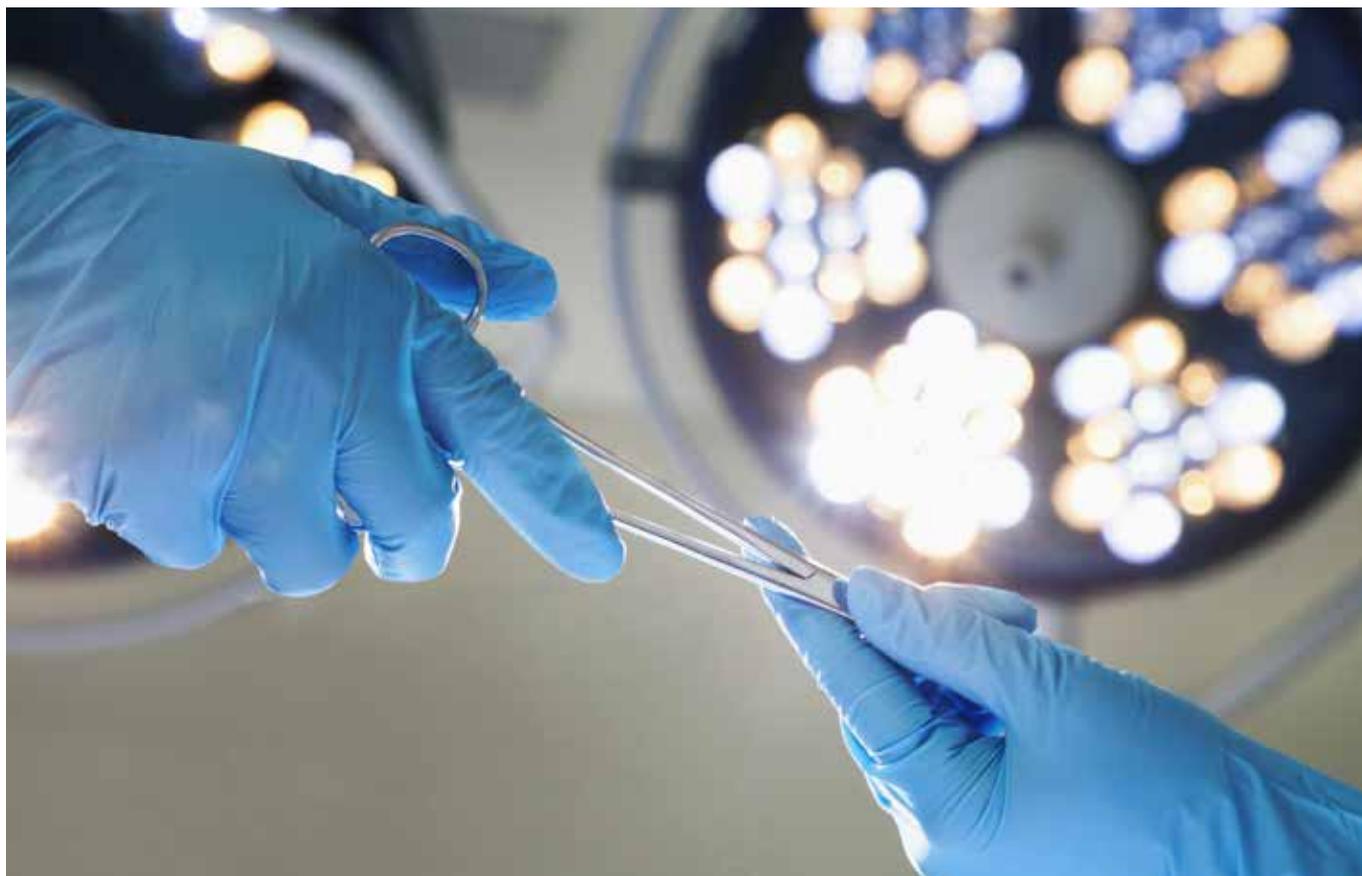
■ Determinación de la Suma a Indemnizar

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



“El boom de la medicina estética tiene su lado negativo: la proliferación de inexpertos esteticistas y el aumento de demandas por mala praxis. Esto puso en evidencia la alta tasa de profesionales incorrectamente formados y dejó al descubierto que muchos establecimientos no se encontraban ni siquiera habilitados para la realización de los procedimientos y tratamientos que se le ofrecían a los pacientes.”

una abundancia de establecimientos dedicados al embellecimiento: peluquerías, gimnasios, atención podológica, centros de odontología, centros de cosmetología, unidades médicas y consultorios estéticos y unidades ambulatorias de cirugía plástica. Frente a cada una de las disciplinas anteriormente mencionadas se hace fundamental que el personal se encuentre perfectamente capacitado y entrenado para las labores que ejercerá, obteniendo para ello los títulos correspondientes en relación a su grado de instrucción y nivel académico.

En efecto, nuestro país se consolida como una de las mecas de la cirugía plástica mundial. Durante 2013 se realizaron en el país 287.823 procedimientos –quirúrgicos y no quirúrgicos–,

lo que coloca al país en el noveno lugar del ranking mundial, según un informe emitido por la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (Isaps, según su sigla en inglés). Los datos fueron recabados por la asociación mediante encuestas remitidas a 2.700 especialistas de 95 países y confirman varias tendencias: el avance imparable del botox, la presencia cada vez mayor de hombres en el consultorio del cirujano y que el aumento de mamas continúa siendo la operación preferida por las argentinas (durante 2013 se realizaron 54 cirugías de “lolas” por día).

Pero el boom de la medicina estética tiene su lado negativo: la proliferación de inexpertos esteticistas y el aumento de demandas por mala



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

praxis. Esto puso en evidencia la alta tasa de profesionales incorrectamente formados y, peor aún, dejó al descubierto que muchos establecimientos no se encontraban ni siquiera habilitados para la realización de los procedimientos y tratamientos que se le ofrecían a los pacientes.

Así, y como principales errores, surgieron: la falta de pertenencia de los cirujanos intervinientes a una Sociedad Científica acreditada, la realización de procedimientos en consultorios inadecuados para ello, falta de una correcta preparación del paciente (sobre todo la falta de solicitud de un correcto pre quirúrgico) y la falta absoluta de una correcta información sobre el procedimiento a realizar, sus posibles beneficios así como también sus riesgos y complicaciones.

Lo antedicho, y si bien llama poderosamente la atención, parecería ser casi una constante, lo que conlleva a que aparezcan efectos indeseables y alteraciones de la imagen que cul-



hecho, se registra actualmente en nuestro país un elevado porcentaje de personas cuya salud se ha visto mermada por la aplicación de tratamientos con productos inadecuados, mal manejo de técnicas y la acción médica de personal no capacitado para ello.

“El profesional de la salud debe entender que la medicina estética o estética médica no escapa a la regla de una buena práctica médica, y que cada uno de los procedimientos realizados no se encuentra exento de complicaciones.”

mina con la presentación de daños biológicos, psicológicos y sociales, en ocasiones inclusive irreparables.

El profesional de la salud debe entender que la medicina estética o estética médica no escapa a la regla de una buena práctica médica, y que cada uno de los procedimientos realizados no se encuentra exento de complicaciones. De

Por último, y amén de lo ya comentado, y por más que muchos procedimientos parezcan intrascendentes, a todo paciente sometido a una técnica de medicina estética se le debe confeccionar una completa y correcta historia clínica. Y como cualquiera actuación en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre, y haya estado informada previamente. **APM**

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 - BB170 AAA - PIGUE - Prov. de Buenos Aires - Tel: 02923-472223
y lin. rot. - Fax: 02923-472046 - E-mail: pigue@elprogresoseguros.com.ar



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

Responsabilidad Civil de los Odontólogos - Parte II (*)



Por Rafael Acevedo. Abogado, Gerente de La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional.

Algunas consideraciones sobre la Implantología y su tratamiento legal.

Como es sabido, las piezas dentarias forman parte del aparato masticatorio, que se encuentra alojado dentro de la cavidad bucal, primer tramo del aparato digestivo. Estas piezas dentarias poseen principalmente la función fonética y masticatoria, más allá de la estética.

Las piezas dentarias están alojadas en los maxilares, dentro de los alvéolos dentarios. Su ausencia provoca alteración en las tres funciones. No se pueden separar unas funciones de las otras, pero de acuerdo a la posición dentro de la cavidad bucal, una función prevalece más que la otra.

En el sector medio y posterior, la masticación toma preponderancia sobre la estética y la fonética. Su alteración por ausencias de piezas posteriores provoca alteraciones oclusales que disminuyen la eficacia masticatoria, y en casos de ausencias graves la masticación es imposible, y de allí la importancia de la reposición dentaria, ya sea a través de la prótesis removible o prótesis completa o fija. Si la pérdida es de varias piezas contiguas en un sector, la función masticatoria se pierde en el

maxilar de piezas ausente y en el antagonista, o sea se pierde la función de todo el sector, tanto superior como inferior, pues al no haber piezas con las cuales ocluir, la función masticatoria está ausente.

Los implantes reemplazan a las piezas dentarias ausentes y permiten ser utilizados como pilares para reconstrucciones protéticas y de esa forma restablecer la función masticatoria perdida.

Lo expuesto explica que generalmente exista necesidad terapéutica que justifica la indicación de tratamientos implantológicos, asumiendo por tanto el paciente los riesgos que supone su ejecución, siempre y cuando, por supuesto, haya sido debidamente informado sobre su estado de salud, las razones, alcances y riesgos del tratamiento, alternativas, y posibles consecuencias de no acceder al mismo, todo lo cual insisto deberá estar debidamente instrumentado, en un todo de acuerdo a lo establecido por la ley 26.529.

Corroborando lo antes dicho, reconocida jurisprudencia en la materia sostiene: "Corresponde rechazar la demanda por daños y perjuicios intentada contra un cirujano odon-



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

SANATORIO FORMOSA S.R.L. (Capital)
HEMFOR 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)



tológico en el cual el actor se limita a afirmar que no obtuvo el resultado deseado con los implantes realizados, si no indicó en qué consistió la negligencia o impericia del profesional ni las causas a las que imputa el deficiente resultado obtenido”¹.

“La implantología dental ha adquirido un desarrollo considerable en los últimos años. No obstante las condiciones del enfermo, las formas de adaptación y distintas circunstancias que hacen al proceso, pueden originar consecuencias no esperadas sin que de ello pueda concluirse una responsabilidad del profesional interviniente. Así también la distinción entre las obligaciones de medio y de resultado no puede excusar la falta del médico si no falta si, acreditada su identidad profesional la reacción del enfermo resulta conflictiva. De ahí que, si de los elementos probatorios obrantes en la causa (manifestaciones testimoniales y dictámenes periciales) se puede concluir que aun cuando el médico hubiera obrado tomando las previsiones del caso siempre podrían esperarse una reacción no favorable del pa-

ciente, no parece acertado decidir una culpa médica en la atención brindada por el odontólogo en cuanto a los problemas implantológicos que sufriera el paciente”².

De lo expuesto se desprende que para responsabilizar al odontólogo, el paciente deberá acreditar fehacientemente los cuatros presupuestos de la responsabilidad médica, en esta caso odontológica, la cual no escapa a las reglas generales de la responsabilidad médica, aunque con las especiales características del acto odontológico. **APM**

Citas

1. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala F, 1999/06/28. A., M. c. S.R., ED, 190-319.
2. (CNCIV – Sala: K – Expte. N° K058533 – Fecha: 04/07/03, AVILA DE MORSELLI, Celia Haydée c/ HOSPITAL ALEMÁN y ot. s/ DAÑOS Y PERJUICIOS”; eIDial – AE 2027).

(*) El presente material pertenece al libro “EL ERROR MÉDICO. Análisis de sus implicancias jurídicas, económicas y asistenciales” (p. 116-117), cuyo autor es el Dr. Rafael Acevedo, abogado, Gerente de La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional.

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

“La escucha activa y la actitud empática ayudan a resolver muchas situaciones de conflictividad”



Entrevista a D. José F. Soto Bonel, Presidente de la Organización Iberoamericana de Prestadores de Servicios de Salud y Director Gerente el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, España.

-¿Cuál es la situación en relación a los reclamos por responsabilidad profesional médica en España? ¿Observa un incremento de los mismos? ¿A qué le parece que responde este fenómeno?

En los últimos años, se ha producido un incremento importante de la presión legal contra los profesionales sanitarios. Las escasas bases de datos comparables (Willis, Tirant lo Blanch, Westlaw y del Centro de Documentación Judicial [CENDOJ]) muestran un aumento en el número de reclamaciones y una distribución poco homogénea entre las diferentes especialidades médicas. La gran dispersión de datos viene dada por la gran cantidad de instancias judiciales y no judiciales ante las que se puede reclamar: departamentos de atención al paciente de hospitales y áreas de salud, oficinas del defensor del paciente de las diferentes comunidades autónomas, oficinas municipales de información al consumidor (especialmente en caso de práctica privada), comisiones deontológicas de los colegios profesionales, compañías aseguradoras de la responsabilidad civil profesional médica y juzgados (penales, civiles, contencioso-administrativos, etc.). Además, un buen número de estas reclamaciones se presentan simultánea o sucesivamente en más de una de las instituciones anteriormente mencionadas.

Existe, sin embargo, desde hace unos meses una disminución de reclamaciones en vía civil y contencioso-administrativa debido a la imposición de nuevas tasas judiciales que encarecen el procedimiento para el ciudadano.

El deterioro de la relación médico-paciente, la motivación por una posible compensación económica y la actitud excesivamente defensiva de determinados profesionales son factores que influyen en el incremento del número de reclamaciones judiciales por actos sanitarios.

- ¿Cuáles son las especialidades médicas más afectadas?

Según algunos estudios publicados en nuestro país (España), la relación de especialidades más reclamadas es la siguiente:

- Obstetricia y Ginecología;
- Cirugía Ortopédica y Traumatología;
- Urgencias;
- Cirugía y Medicina estéticas;
- Odontología;
- Cirugía General y Digestiva;
- Oftalmología;
- Anestesiología y Reanimación;
- Urología.

Siendo las dos primeras reclamadas de forma muy similar en todas las series internacionales y con porcentajes sobre el total que rondan el 15% respectivamente.

- ¿Y cuáles son los eventos adversos y complicaciones que habitualmente derivan en quejas o reclamos formales?

Los eventos adversos mayoritarios están relacionados con errores de medicación, accidentes (caídas) y problemas de identificación, según nuestra experiencia. Los dos primeros son los que más derivan en reclamación ya sea administrativa o judicial.

La revista líder del Sector Salud

Medicina Global
Médicos

La revista de salud y calidad de vida

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





- ¿Qué características considera que presenta la relación médico-paciente en la actualidad?

La masificación de la asistencia, la utilización de abundante tecnología durante los diferentes actos sanitarios, la actitud paternalista de algunos profesionales y la actitud defensiva de otros; son factores que están condicionando una relación médico-paciente susceptible de mejora.

- ¿Las instituciones de salud implementan programas de prevención y gestión del riesgo médico-legal? ¿Hay una actitud proactiva de parte de los médicos en este sentido?

En concreto, en el hospital que dirijo se desarrolla una estrategia general de "Prevención de riesgos legales" a través del Servicio de Medicina Legal (compuesto no por abogados sino de médicos especialistas en Medicina Legal y Forense).

Esta estrategia consta de un programa formativo hacia los profesionales con los temas de mayor sensibilidad médico-legal (confidencialidad, aborto, objeción de conciencia, menor maduro, Testigos de Jehová, alta conflictiva, etc.), una campaña de protocolización de aquellas maniobras de mayor riesgo legal con guías, con protocolos y recomendaciones de grupos de trabajo, y un asesoramiento en tiempo real ante cualquier conflicto surgido durante la práctica asistencial en los aspectos médico-legales, deontológicos y bioéticos de la asistencia.

Cuando en cualquier servicio surge algún punto de debate sobre aspectos médico legales de la asistencia sanitaria tienen la opción de consultar al Servicio de Medicina Legal y recibir la formación específica solicitada.

- ¿Cuáles son, a su criterio, las principales medidas que ayudan a prevenir situaciones de conflicto entre médicos y pacientes?

Tenemos en nuestro hospital un procedimiento

ante situaciones conflictivas con nuestros usuarios, donde interviene el Servicio de Salud Laboral. Pero lo más importante es mantener una determinada actitud, con la serenidad propia de un profesional sanitario. El paciente puede perder los nervios y es el profesional el que debe reconducir la situación, puesto que conoce las posibles reacciones psicológicas de la persona. La escucha activa y la actitud empática ayudan a resolver muchas situaciones de conflictividad. Además pusimos hace más de cinco años un programa de mediación con pacientes y familiares, que lidera el Servicio de Atención al Paciente con la colaboración del Servicio de Medicina Legal y que ha obtenido buenos resultados al permitir expresarse abiertamente al paciente y sus familiares junto con los profesionales implicados en la atención sanitaria motivo de discordia.

- Para finalizar, ¿qué sistema de cobertura económica tienen los médicos e instituciones de Salud en su país? Principales características.

La cobertura para el Sistema Público se realiza a través de una póliza colectiva que suscribe cada Comunidad Autónoma. Cada Comunidad Autónoma elige su compañía aseguradora. Para la práctica privada el profesional debe suscribir otra póliza de responsabilidad profesional complementaria.

En este momento, la Comunidad de Madrid tiene una cobertura de hasta 1.200.000 euros por siniestro anual, con un máximo de dos siniestros por periodo por cada profesional. Esta cantidad cubre prácticamente todas las posibles reclamaciones de todas las especialidades, puesto que cifras indemnizatorias superiores todavía son escasas en España y se centran en la obstetricia y la anestesiología. **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

Recurso Extraordinario Inadmisible



El STJ correntino declaró inadmisibile un recurso extraordinario de inaplicabilidad de la ley que contempla la “guardia pasiva hospitalaria”, en un caso de mala praxis.

El tribunal consideró que no logró advertir ni en el escrito impugnativo “cómo se explica o por qué la presencia de la médica hubiera evitado el fallecimiento”.

En los autos “K., E. y otros c/ S. P. de V. y/o quien resulte responsables/ daños y perjuicios”, los integrantes del Superior Tribunal de Justicia (STJ) de Corrientes, Guillermo Semhan, Fernando Niz y Eduardo Panseri determinaron que era inadmisibile el recurso extraordinario de inaplicabilidad de la ley N° 549/88, que autoriza la modalidad de “guardia pasiva” en los servicios asistenciales del interior de la provincia.

La Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comer-

Fuente: Corrientes Hoy / http://www.corrienteshoy.com/vernota.asp?id_noticia=175207#.VPSJ7_mG_T9

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.a
www.feclise.com.ar

cial y Laboral de Goya confirmó el pronunciamiento de primera instancia que rechazó la demanda de daños y perjuicios promovida en un caso de mala praxis.

La médica, se encontraba trabajando bajo la modalidad de guardia pasiva, cuando una de esas enfermeras se comunicó telefónicamente para pedirle indicaciones sobre una medicación. Minutos después concurrió al hospital pero el paciente ya había fallecido.

En el recurso, los demandantes afirmaron que “era la única médica de guardia de modo que el régimen de la pasividad no resultaba aplicable”.

En el mismo sentido, expresaron que “aún cuando se admitiera que la facultativa podía realizar su guardia en su domicilio, ésta no hizo nada para salvar la vida al paciente y, que desde el ingreso al nosocomio hasta la producción del óbito transcurrió media hora, mas no se confeccionó historia clínica, lo que debió tomarse como un grave y serio indicio de la responsabilidad profesional”.

Por unanimidad, los integrantes del STJ consideraron que existe déficit en la presentación.

“Es que colocándonos en la postura más favorable a las recurrentes, o sea, que la demandada debió haber estado en el hospital en el preciso momento en que ingresó Domínguez, está probado que la médica recetó telefónicamente dexametasona y, que éste medicamento no está contraindicado para los pacientes diabéticos y antes bien, puede salvar la vida de personas que presentan afecciones cardíacas y pulmonares”, consignaron los magistrados. Por otro lado, los jueces afirmaron que “no lograron advertir ni en el escrito impugnativo se explica cómo o por qué la presencia de la médica hubiera evitado el fallecimiento.

Respecto al recurso presentado por los demandantes, los integrantes del Tribunal añadieron que “un recurso extraordinario de inaplicabilidad debe -en el sentido de carga-, estar fundado, de manera que se baste a sí mismo para mostrar en qué consiste el error que imputa a la sentencia. Por la naturaleza de esta impugnación, el escrito recursivo debe contener en términos concretos y claros la explicación con rigor -con suficiencia técnica- acerca de cómo, por qué y en cuál sentido existe disconformidad con la sentencia definitiva; es decir, no sólo dónde sino también porqué razonados motivos existe el error atribuido al pronunciamiento impugnado”.

“El recurso extraordinario deducido cae sin más en insuficiencia. Será ya imposible que el Superior Tribunal pueda emitir un juicio de valor acerca del mérito de la impugnación, toda vez que por los límites que encorsetan su competencia de Alzada, el Superior Tribunal no está habilitado para declarar de oficio la violación o la errónea aplicación de la ley, ni un supuesto de absurdo”, concluyó el Superior Tribunal correntino. **APM**

Cardiólogo condenado pese a demostrar una buena praxis

ESPAÑA

Un cardiólogo fue condenado a pesar de que en la propia sentencia se reconoció que actuó de la forma correcta y cumpliendo con la praxis médica. La ausencia del consentimiento informado fue el factor determinante para condenar al médico por no haber ofrecido a su paciente la oportunidad de conocer los riesgos que entrañaba la intervención a la que se le iba a someter y, de esta forma, poder decidir si daba su consentimiento para realizar dicha prueba o, por el contrario, se negaba.

La paciente que fue intervenida mediante un cateterismo sufrió, tras la intervención, diversas secuelas graves. Esas secuelas eran: fístula arterio-venosa, pseudoaneurisma y hematoma retroperitoneal. También sufrió una afectación neurológica que entorpecía su deambulación por la que se le concedió una minusvalía del 76%. Ante estas circunstancias la paciente demandó al doctor por una supuesta incompetencia médica, además de por no haber sido correctamente informada ya que el cardiólogo no pudo mostrar el consentimiento informado.

La sentencia establece que el defecto en el consentimiento informado -que legalmente también es un acto médico- tiene su importancia, aparte de que se practique un acto médico distinto al consentido, cuando la concreta intervención asistencial se ha realizado correctamente, conforme a la *lex artis ad hoc*, y sin embargo se ha producido un resultado lesivo en el paciente que solo puede imputarse causalmente al defecto en el consentimiento informado.

Cuando hablamos de indemnización es natural pensar que tiene que existir un daño, y en este caso se produjo. Si ha existido una mala praxis, la obligación de indemnizar derivará de la misma pero puede haber tenido lugar una correcta aplicación de la *lex artis ad hoc*, aunque el resultado final no haya sido satisfactorio y es entonces cuando la ausencia de consentimiento informado muestra sus verdaderos efectos. Evidentemente no se puede comparar la culpa que existe por una mala praxis en una intervención a la que conlleva la omisión o insuficiencia de información sobre los riesgos más típicos.



En caso de mala praxis la obligación de indemnizar sería por causa del acto ejecutado de forma incorrecta, mientras que con una información incompleta, lo indemnizable es lo conocido como “pérdida de oportunidad”, es decir, la posibilidad para el paciente de decidir si acepta o no la intervención teniendo en cuenta todas las circunstancias y riesgos posibles que se pueden derivar.

En este caso la conclusión está clara ya que la responsabilidad no puede ser otra que la responsabilidad del doctor que realizó el cateterismo -ya que el doctor admitió que no se firmó- por no ofrecer a su paciente la posibilidad de prevenir o evitar una posible lesión negando su consentimiento a la intervención, de consultar otras opiniones o, en su defecto, midiendo el riesgo, confiar la operación a un determinado especialista o tomar la decisión de realizar el acto médico en un centro hospitalario específico.

Las lesiones que sufrió la paciente en este caso son inherentes al propio acto médico al que se la sometió, por lo que se impuso una indemnización de 150 mil euros por la pérdida de la oportunidad ya que no se le ofreció a la paciente la opción de tomar una decisión. **APM**

Fuente: GACETA MÉDICA / ESPAÑA

<http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/2015-02-27/politica/la-ausencia-de-consentimiento-informado-condena-a-un-cardiologo-pese-a-demostrar-una-buena-praxis/pagina.aspx?idart=896461>



La red social de **salud**

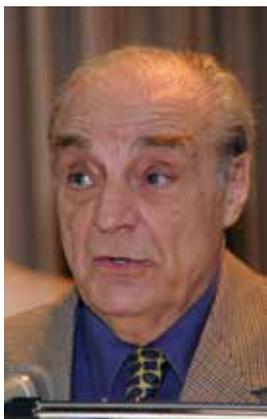
Regístrese gratis en www.yaampi.com

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



La Calidad en la Atención de la Salud

“Un Derecho para Todos” - Parte I



En esta edición de APM les acercamos la primera parte de la Conferencia del Dr. José María Paganini, Presidente del Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS) y Miembro Correspondiente Nacional por la Academia Nacional de Medicina; en el marco de la XXXI Reunión Internacional de la ISQUA, realizada en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil, en octubre pasado.

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la meta de “Salud Para Todos” (1977), las distintas políticas que orientan a los Sistemas de Salud trataron de cumplirla de diversas formas y con diferentes resultados.

En los últimos 60 años identificamos cuatro documentos conceptuales, de políticas de salud y de definición de compromisos sociales: la carta de creación y la constitución de la OMS aprobada en 1946¹; La Declaración Universal de Derechos Humanos definida a través de la Organización de las Naciones Unidas, en 1948²; el compromiso de lograr la meta de Salud para Todos en el año 2000 definida por la Asamblea Mundial de la Salud, OMS 1977³; y la Declaración Política de Río de Janeiro, a través de las Naciones Unidas, que define los compromisos de los países para realizar acciones concretas en relación a los determinantes sociales de la salud (2012)⁴.

En estos cuatro documentos encontramos una unidad conceptual. Todos concuerdan en la definición de “Salud” como un bien individual y social y en la estrecha relación con el desarrollo económico social sostenible. Se define también a las acciones orientadas a la salud como un conjunto indivisible de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, tanto en sus componentes biológicos, como sociales y ambientales. Se acuerda que la salud es un derecho humano básico y en la necesidad de lograr cobertura universal en base a la gobernanza y el diálogo permanente participativo de todos los actores del Estado y de la sociedad civil.

En el campo de la filosofía moral, la economía y el desarrollo destacamos otros cuatro documentos: la contribución de John Rawls⁵ en su libro sobre una teoría de la justicia, y los trabajos de Norman Daniels donde aplica dicha teoría específicamente a la justicia en salud⁶.

En ambas propuestas se hace énfasis no solo en la necesidad de lograr justicia para todos sino también en la importancia del procedimiento para ese fin.

En la economía, los aportes de Muhammad Yunus⁷ y de Amartya Sen⁸ identifican a la salud como acciones prioritarias de toda sociedad para llegar a la definición y ejecución de justicias específicas.

En todas estas declaraciones se destaca además la importancia del sistema de salud como un actor importante para la equidad y calidad.

Concluimos que en los últimos 60 años se ha definido un mandato social y un marco concep-

tual con alto consenso valorativo. La salud es un bien social y un derecho básico humano.

Los resultados. Los problemas de equidad y calidad. La agenda no cumplida.

En lo que hace a los resultados, existe el consenso generalizado en que el desafío de la equidad en salud no ha sido resuelto. Ya en 1972 se afirmaba que un alto porcentaje de la población de los países (37%) no recibía atención adecuada¹⁰. A partir de allí se suceden documentos de organismos internacionales donde se continúa afirmando “sobre el problema de exclusión en salud y en el acceso a los servicios de salud.”¹¹⁻¹²⁻¹³

Se concluye que las metas definidas de salud para todos con cobertura universal no se cumplieron. En este período se analiza también la calidad de la atención.

Diversos estudios e informes demuestran que existe un abismo entre los conocimientos acumulados de las ciencias médicas y la forma en que esos conocimientos llegan a la población. Se afirma así que un sistema de salud con problemas de organización puede llegar a producir eventos adversos estimados entre un 10 a 20% de los egresos.¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶

El problema es sistémico.

El análisis anterior no nos deja dudas. El logro de la equidad y calidad de la salud es un desafío sistémico. Un desafío para una adecuada distribución de los conocimientos para la salud. Los organismos internacionales especializados y los líderes de la salud pública lo vienen refiriendo en sus informes periódicos.

En este sentido, en el año 2000 la OMS, en su informe destinado a los sistemas de salud concluye:¹⁷ “La diferencia entre un sistema de salud que funciona adecuadamente y otro que no lo hace puede medirse en muertes, discapacidades, empobrecimiento, humillación y desesperanza”. Y en el año 2007, la Directora de la OMS Margaret Chan afirmaba:¹⁸ “Algo anda mal. Por primera vez la salud pública ha logrado definir y acumular compromisos, recursos y conocimientos. Lo que falta es lograr que el poder de esos conocimientos se junte con el poder de los sistemas de salud para entregarlos a la población que los necesita, con la adecuada cantidad y calidad”.

Sucesivas publicaciones de la OMS y OPS (Organización Panamericana de la Salud)¹⁹⁻²⁰

insisten nuevamente en que “los sistemas de salud muestran falta de solidaridad e ineficiencia fijando prioridades a corto plazo, con problemas de coordinación, de gobernabilidad”. El informe del PNUD Argentina del año 2010 insiste en la falta de coordinación y articulación del sistema de salud.²¹ En el año 2012 la OMS publica un análisis de los sistemas de salud de 185 países concluyendo que la mitad de ellos no están preparados para enfrentar los futuros desafíos de la atención, especialmente los relacionados con las enfermedades crónicas.²²

En su informe sobre la salud en los países de Sudamérica del año 2012, la OPS concluye que “el logro de la equidad y el acceso efectivo con calidad y su relación con los determinantes sociales y el bienestar es una agenda no cumplida”.²³ Más recientemente, en 2013, la Directora de la OPS Carissa Etienne, en su discurso de asunción en Ginebra propuso una clara política de acción afirmando²⁴: “Aún persisten desigualdades inaceptables en los niveles de salud y atención de la salud dentro de cada país y entre países, insistiendo en la necesidad de lograr sistemas de salud orientados a la cobertura universal con equidad, solidaridad e inclusión”.

Y agregó: “Este problema no se puede resolver superficialmente con estrategias aisladas”. Nuevamente un llamado a un desafío sistémico. La necesidad de un debate profundo para lograr definir una estrategia sistémica para la salud es evidente.

Concluimos que el desafío es explorar nuevos enfoques conceptuales. Pasar de las políticas aisladas a políticas sistémicas. En este sentido recurrimos a dos pensadores críticos de los resultados sociales de la modernidad: el filósofo humanista Bertrand Russell (1872-1970) que afirma²⁵ “resulta paradójico que mientras los que aplican el método científico se esfuerzan en aclarar sus limitaciones y dudas ello no ocurre en aquellos que definen políticas o implementan programas sin resultados donde no admiten la posibilidad de error, por el contrario se enorgullecen en mantener sus políticas y estrategias por años haciendo gala de una mala entendida continuidad.”

Jürgen Habermas, en su análisis sobre las expectativas de la modernidad (1985)²⁶, decía: “En la modernidad se produce un vacío entre las promesas y las expectativas, se crea un horizonte de expectativas no cumplidas en donde los propios actores actúan como observadores externos con críticas donde no se sienten responsables y ellos mismos continúan actuando como observadores ajenos a los resultados”. Afirmando que, “la modernidad es un proyecto sin cumplir”. Esta misma conclusión, pensamos, puede ser hoy aplicable a la salud. Las promesas de equidad, solidaridad, justicia son parte de un proyecto sin cumplir, una agenda no finalizada.

Nos preguntamos, ¿no estaremos dentro de la crítica de Einstein cuando decía “no pretenda-



mos que las cosas cambien, si seguimos haciendo lo mismo”?

La solución sistémica.

Continuando esta línea de pensamiento pretendemos hacer en este proyecto un aporte para un debate hacia el análisis y definición de políticas sistémicas que faciliten la integración y aplicación de los conocimientos para resolver los problemas de equidad, calidad, e inclusión social.²⁷ Recordamos que en su origen griego, la palabra sistema significa “poner las cosas juntas”. Proponemos un debate sobre cómo poner las cosas juntas, científicamente. Cómo lograr la participación activa de todos los actores. El Estado, la sociedad civil, los prestadores, la financiación, la población, la academia, las universidades. Y cómo hacer de esa participación activa un aporte concreto para una mejor “salud para todos”. Debemos completar la definición de la meta de “salud para todos” con una política de “salud con todos”.

Para hacer esta propuesta exploraremos no solo el conocimiento científico acumulado sobre el tema sino también su método y las estrategias de creatividad científica aplicada a los sistemas, al servicio de políticas para la equidad y calidad en salud.

Para ello proponemos una actitud activa de las ciencias en general y de las ciencias médicas en particular. Utilizamos el poder de la ciencia como un aporte para la armonización de los saberes. Siguiendo a Bunge, nuestra hipótesis de trabajo parte de considerar que²⁸ “así como las ciencias médicas, en su praxis, son el resultado de la armonización de diversas disciplinas, la organización del sistema de salud debe ser también el resultado de una estrategia científica de creatividad y de armonización de saberes en el ámbito social.”

Una teoría para la estrategia sistémica.

En la búsqueda de una teoría para la organización del sistema de salud exploramos los conceptos de razón y paradigma desarrollados por la filosofía y los debates epistemológicos sobre el tema.

El concepto de razón²⁹⁻³⁰ se lo define como “una virtud del ser humano de pensar, analizar y emitir juicios para definir principios, armonizar saberes y elaborar procesos creando nuevas



formas de análisis y soluciones a partir de otros conocimientos y experiencias". El ejercicio de la razón consiste, por lo tanto, en la búsqueda de relaciones, es decir, de la armonía de la ciencia, en un marco de principios y valores combinados con la experiencia y la estrategia de aplicación justa de los conocimientos.

Por otro lado, tomamos el concepto de paradigma desarrollado por Thomas Kuhn³¹ como "un sistema de ideas que actúa como un marco de referencia elaborado por una comunidad de trabajo para definir un proyecto de acción, investigación permanente que se construye con principios y conocimientos aceptados democráticamente con el fin de facilitar las relaciones entre diferentes saberes, jerarquizar las asociaciones, valorizar y potencializar las ideas rectoras del pensamiento hacia objetivos comunes". Con estas definiciones observamos una relación directa entre el concepto de razón y la construcción de un paradigma social. Es decir, tanto el ejercicio de la razón como los procesos hacia la construcción de un paradigma llevan a sistemas de pensamiento colectivo para la definición de políticas, el nacimiento de la creatividad y de soluciones con mayor coherencia social. Una actitud que no rechaza lo simple ni el determinismo, ni las verdades específicas, sino que trata de obtener de todos los saberes la potencialidad de cada uno para el desarrollo sistémico.

El paradigma se nutre de la razón. La razón requiere la construcción de un paradigma.

Las dimensiones de la razón.

Tomando en cuenta los anteriores conceptos, y para orientar la definición de un paradigma sistémico para la equidad y calidad en salud, proponemos analizar tres dimensiones de la razón. En primer lugar la razón ética moral a partir de los principios definidos por Hipócrates hace unos 2.500 años³². Decía Hipócrates: "La acción de la medicina debe ser no solamente curar enfermedades sino asegurar la salud" y en su corpus hipocrático afirmaba: "Fijaré el régimen de los enfermos del modo que le sean más convenientes según mis facultades y mi conocimiento, evitando todo mal e injusticia".

Si trasladamos este mensaje hipocrático al sistema de salud encontramos allí las orientaciones morales para la adecuada utilización de los saberes en base a los principios de solidaridad, justicia, equidad y calidad. En el área de la salud podemos entonces afirmar, con orgullo, que estos principios éticos morales constituyen una

de las primeras expresiones hacia un mandato moral que recibe un saber.

A partir de allí, y a través de estos últimos 2.500 años, el sistema de salud recibió permanentes aportes que contribuyeron a afirmar una razón ética moral para el sistema de salud. Lo resume admirablemente el filósofo médico Edmund Pellegrino³³, donde propone "una reconstrucción pos-hipocrática de la ética médica, pasando de la ética individual a la ética colectiva, afirmando que nunca las bases conceptuales de la medicina han tenido un impacto en la humanidad como actualmente y nunca ha sido más urgente examinarlas críticamente, dialécticamente, especulativamente, es decir filosóficamente...". Concluyendo, "si las ciencias médicas deciden avanzar hacia la aplicación justa de sus abundantes conocimientos, será necesario el desarrollo de principios de equidad basados en la ética filosófica" y "para que esto sea posible, las instituciones de salud deben tomar conciencia de su papel de agentes morales de la sociedad, reflejando en sus prácticas gerenciales, su ética institucional y su estrategia de acción para cumplirla".

La razón ética moral es una de las fortalezas del sistema de salud. Fortaleza interna para su organización y fortaleza externa dentro de los diversos sectores del desarrollo.

La salud debe ser un actor activo de las políticas hacia la igualdad y la justicia, pero además de la fortaleza moral el sistema de salud exhibe una incuestionable fortaleza científica. Encontramos ahora la segunda dimensión de la razón, la razón científica. Rigor científico que surge de la aplicación de la lógica experimental que posibilitó la producción de conocimientos, tanto para la promoción de la salud como para la prevención de enfermedades, diagnósticos y tratamientos.

Este rigor científico aplicado en las ciencias básicas se desarrolló también en las investigaciones relacionadas con las ciencias epidemiológicas³⁴ y en las investigaciones de estudios clínicos, de programas de salud, de tecnologías médicas, de recursos humanos y pedagogía médica agrupadas en las denominadas investigaciones de sistemas y servicios de salud.^{35 36 37 38}

Esta última área de conocimiento fue desarrollada por el Profesor Kerr White en la Universidad de Johns Hopkins en la década de los años 60 y se introdujo en el país con el liderazgo del académico Dr. Sonis, en el CLAM, en 1970. Posteriormente, al comienzo de los 90 fue el Dr. White quien bajo el patrocinio de la OPS y de



Asociación de Clínicas
y Sanatorios Misiones Sur

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

su Director, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, recopiló el conjunto de conocimientos existentes contenidos en la publicación científica 534 de la OPS³⁹. A partir de la década de los 90 esta área creció notablemente, por lo que hoy ya contamos con importantes evidencias sobre las formas de organización y gestión relacionadas con la equidad, la calidad y la eficiencia.⁴⁰ Todos estos conocimientos adecuadamente utilizados pueden ser de gran utilidad para la definición de políticas y estrategias, para orientar la organización y gestión del sistema de salud relacionado con resultados medidos en cobertura, accesibilidad, humanización, calidad, seguridad y eficiencia⁴¹⁻⁴². Si bien estas evidencias se están aplicando con éxito en algunas experiencias de gestión local, lamentablemente no se ha logrado aún un desarrollo sistémico que oriente a todos los componentes de un sistema de salud con ese mismo objetivo. Los mandatos morales y científicos de las ciencias médicas no han sido suficientes para lograr los objetivos esperados. En términos sistémicos se puede afirmar que existe un bloqueo de creatividad. La mayoría de las decisiones de políticas fueron orientadas a programas o subsistemas aislados sin una estrategia sistémica. Consideramos que la teoría y práctica de la salud pública está actualmente transitando por momentos de alta significación hacia un paradigma orientado al desarrollo sistémico el que, tomando en cuenta los compromisos morales y los conocimientos de las ciencias de la salud, permita completar el “qué hacer” de las declaraciones y el “cómo hacerlo” sistémico estratégico. Es decir, avanzar de las promesas y declaraciones, de los diagnósticos de los últimos 60 años, a cumplir con el desafío de la equidad y calidad para todos.

Para ello entendemos que es necesario completar el desarrollo de la razón moral y la razón científica antes mencionadas por una tercera dimensión de la razón que denominamos la razón sistémica relacional. Para ello exploraremos las bases teóricas y las experiencias empíricas sobre el tema.

Las teorías para una razón sistémica relacional. Las ciencias de la complejidad.

Podemos identificar el origen de este debate en la década del '40, a partir de las denominadas teorías de la vinculación⁴³⁻⁴⁴ que se desarrollaron con la participación de la mayoría de los saberes y ciencias preocupados por el estudio de la realidad como un todo. Aceptando que las mismas tienen su origen tanto en los debates históricos de reflexión filosófica como en los de las ciencias sociales, como la antropología social, la sociología, la psicología social, las ciencias políticas, las ciencias administrativas y las ciencias económicas, entre otras; este movimiento toma nuevo énfasis bajo el paradigma de la unidad de la ciencia con los aportes de otros campos del saber cómo la física, la ciber-



nética con Norbert Wiener (1940) y el estudio de los sistemas regulatorios, la biología con Ludwig von Bertalanffy (1950), en la química con Ilya Prigogine (1971) y el concepto de autocontrol, el caos y el equilibrio sistémico, y las contribuciones de la neurociencias. En la pedagogía y la educación, con Jean Piaget. Dentro de estos debates surgen las denominadas ciencias de la complejidad con los aportes de John Holland en el Instituto Santa Fe de California (1960) con la teoría de los sistemas complejos adaptativos; con Edgar Morín (1994) en sus aportes sobre la epistemología de la complejidad y las teorías de redes y del entramado social; la autoorganización con Heinz von Foerster y los métodos de la transdisciplinariedad contenidos en la declaración de Portugal⁴⁵ y la aplicación de estos conceptos a la gerencia y la administración con Peter Senge⁴⁶ y Jorge Etkin.⁴⁷ **APM**

En la próxima edición de APM: Las estrategias sistémicas para la cobertura universal y la calidad para todos. Las experiencias recientes de políticas sistémicas. Las 10 recomendaciones hacia una Política Sistémica. Un marco legal para despertar de las potencialidades y la inteligencia sistémica / Hacia el derecho a la salud y la calidad. Conclusiones.

Referencias

- 1-Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York 19 de junio al 22 de julio 1946 Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
- 2-Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217 A (III). Declaración Universal de Derechos Humanos. 1948
- 3-Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud. Resolución Salud para Todos Ginebra: 1977
- 4-Naciones Unidas. Declaración Política de Río Determinantes Sociales de la salud 2011
- 5-John Rawls. Teoría de la justicia. Barcelona: Fondo de cultura económica de España, 1971.
- 6-Daniels N. Just health care. New York: Cambridge University Press, 1985
- 7-Muhammad Yunus. Hacia un mundo sin pobreza. Santiago de Chile: Andrés Bello, 1998
- 8-Amartya Sen. La idea de la justicia. Madrid: Santillana, 2010. p. 499
- 9-OMS/OPS. Situación salud progresos. 2011
- 10-Organización Panamericana de la Salud. Plan Decenal de Salud para las Américas. Washington: , 1973. (Documento Oficial N° 118)
- 11-Organización Panamericana de la Salud. Atención



primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington, DC: OPS; 2003. (CD44/9/Esp.)

12-OPS OMS La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición Washington, DC: 2007. p. 33

13-Buenos Aires 30-15. De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria. Buenos Aires: OPS, 2007

14-Estados Unidos. Academy of medicine. Institute of medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: Academy of medicine, 2001

15-España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010. p. 177

16-Centro INUS – Facultad de Ciencias Médicas – Estándares de calidad en clínicas – 2000

17-Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los

sistemas de salud. Washington DC: Organización Mundial de la Salud, 2000. p. 230

18-Chan M. Address to the Eleventh Global Forum for Health Research. Beijing: Organización Mundial de la Salud, 2007. :

19-Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: , 2008. p. 125

20-Organización Panamericana de la Salud. Renovación de atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición. Washington DC: , 2005. p. 16

21-Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Nacional sobre sistema salud Argentina. Desarrollo Humano 2010. p. 179

22-OMS Informe análisis de los sistemas de salud de 185 países. 2012

23-Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2012: panorama regional y perfiles de país. Washington DC: (Publicación Científica y Técnica No. 636).

24-Carissa Etienne. Discurso de aceptación, Ginebra 22 de enero, 2013. :

25-Russel B. Autobiografía. España: Edhasa, 2007. p. 1024

26-Habermas – El discurso filosófico de la modernidad. Madrid: Santillana, 1993. p. 462

27-World Health Organization. Closing the health equity gap: policy options and opportunities for action. Ginebra: , 2013. p. 56

28-Bunge M. Filosofía para médicos. Barcelona: Gedisa, 2012.

29-Kant I. Crítica de la razón pura. Buenos Aires: Losada, 2003. p. 140

30-Santayana G. The life of reason. Reason in science. : Nabu Press, 2012. p. 338.

31-Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica, 1962.

32-Hipócrates (460 – 377) Corpus Hipocrático –Tratado sobre “los aires, aguas y lugares”.

33-Pellegrino E, Thomasma DC. A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions. USA: Oxford University Press, 1981. p. 360.

34-Buck C, Llopis A, Nájera E, Terris M. El desafío de la epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1988: (Publicación científica 505)

35-Campbell DT, Stanley J. Experimental and Quasi-Experimental Designs for research. Cengage Learning, 1963. p. 84

36-Kohn R, White KL. Health Care: an international study. Londres: Oxford University Press, 1976. p. 592

37-Sonis A, Paganini JM, Gianantonio C. Souilla B Calidad y eficiencia en atención médica. CLAM 1975 vol. 3. p. 515

38-Paganini JM. Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1993. p. vii, 101 (HSS/SILOS; 30)

39-White KL., Frenk J, Ordoñez C. Paganini JM Starfield B, Investigación sobre servicios de salud: Una antología. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 1992. p. 1200. (Publicación científica no. 534)

40-Academia Nacional de Medicina. Instituto de Epidemiología. Estudio de Calidad 2004. .

41-Ministerio de Salud. Programa Nacional de Garantía de calidad. 2010.

42-Centro INUS. Estándares para la Calidad. Guía para el análisis y evaluación de los efectores de primer nivel. Guía para el análisis y evaluación de los Hospitales del Estado: Nacional, Provincial y Municipal. 2009-2010

43-Villar S, La nueva racionalidad: comprender la complejidad con métodos transdisciplinarios. Barcelona: Kairos, 1997. p. 17

44-Morín E. Epistemología de la Complejidad : introducción al pensamiento complejo. Barcelona, 1994

45-Carta de la Transdisciplinariedad. I Congreso Mundial de Transdisciplinariedad, 2 al 7 de noviembre de 1994. Convento de Arrábida, Portugal

46-Peter Senge. La quinta disciplina: el arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. Buenos Aires: Granica, 1998. p. 483

47-Etkin, J. Gestión de la complejidad en las organizaciones: la estrategia frente a lo imprevisto y lo impensado. Buenos Aires: Granica, 2006. p. 480



Sociedad Odontológica
SIEMPRE UN PASO ADELANTE

Inscripciones abiertas CUPOS LIMITADOS



Curso de:

Facturación / Liquidación

Manejo Integral del Nomenclador Nacional – Nivel I

Capacitación certificada y acreditada por la Institución

Modalidades E-learning y Presencial

Fecha de inicio:
Semana del 16 de marzo de 2015

Duración:
19 semanas

Consultas:
iss@fecliba.org.ar
Tel. (0221) 412-9100



INSTITUTO
SUPERIOR
EN SALUD
FECLIBA

 /issFecliba

 @IntSupSalud



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

www.fecliba.org.ar

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 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**