

APM ARGENTINA PRAXIS MÉDICA

LA REVISTA DE LA MUTUAL

Año VI - Número 37 - Noviembre/Diciembre de 2012 - Publicación bimensual de distribución gratuita.

WWW.LAMUTUAL.ORG.AR



SÍNDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON LAS DEMANDAS DE RP MÉDICA

Además en esta edición:

- Entrevista a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico (México).
- La Acción de las Redes Sociales en Salud.
- Infecciones Hospitalarias. Aspectos médico-legales y manejo del riesgo.
- La Mutual estuvo presente en Quo Vadis Salud.

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



Nuevos Consentimientos Informados

según Ley 26.529



La obra editada por La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional, cuyo autor es el Dr. Rafael Acevedo, abogado y Gerente de la Entidad; contiene casi 300 páginas con más de 70 modelos y guías de instrumentación de consentimientos informados, según lo requiere la nueva Ley de derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. En doble versión impresa y CD, su contenido responde a los requerimientos que la normativa exige para cada práctica o procedimiento invasivo, dividida por especialidad médica, y con tres capítulos adicionales. Uno referido a diversas situaciones de rechazo terapéutico, otro que contiene constancias de realización de estudios obligatorios según la normativa vigente, y finalmente presenta un esquema de Historia Clínica Única.

El Error Médico

Análisis de sus implicancias jurídicas, económicas y asistenciales.



A los 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)

Editorial

Argentina Praxis Médica, la revista de La Mutual, les acerca la última edición del año con una variedad de contenidos, entre los que se destacan: una entrevista a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico del Estado de Aguascalientes, que nos presenta una herramienta distinta para la resolución de conflictos entre médicos y pacientes.

También anunciamos el lanzamiento de la **Segunda edición ampliada y actualizada según ley 26.742 de la obra editada en 2010 por La Mutual: "Nuevos Consentimientos Informados Según Ley 26.529"**. Se trata de un CD con más de 120 modelos y guías para la redacción del consentimiento informado que cada práctica requiere, en las especialidades médicas más diversas.

Compartimos la primera parte de un informe sobre "Infecciones Hospitalarias, Aspectos médico-legales y manejo de riesgos" y un artículo sobre cómo el estrés laboral y el Síndrome de Burnout influyen en el desempeño laboral y las demandas por mala praxis médica.

Por último, un material novedoso sobre "La acción de las redes sociales en salud", a través de

una iniciativa que se está dando en el ámbito local y que nos muestra cómo internet puede contribuir positivamente al desempeño de la práctica médica.

Además un resumen de la mesa dedicada a la praxis médica en el último Quo Vadis Salud organizado por Revista Médicos, la cual abordó la temática de "Prestadores y Aseguradoras, ¿van en el mismo sentido?" y que fue coordinada por el Dr. Rafael Acevedo, Gerente General de La Mutual.

Como el 3 de diciembre se conmemoró el **Día del Médico** queremos hacer extensivo nuestro saludo a todos los profesionales que trabajan a diario para preservar la salud de la población.

Terminamos el 2012 agradeciendo, una vez más, a todos nuestros lectores por haber compartido un nuevo año junto a nosotros.

¡Muy felices fiestas!

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



Staff:

Director:
Dr. Héctor Salvador Vazzano

Editor Responsable:
Dr. Rafael Alejandro Acevedo

Producción Periodística:
Graciana Castelli

Diseño y Dirección de Arte:
Santiago Ariel Bermúdez

Correo de Lectores:
apm@lamutual.org.ar

Página Web:
www.lamutual.org.ar

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

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

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

Sumario

El Síndrome de Burnout y su relación con las demandas por RP Médica.	4
Comisión Estatal de Arbitraje Médico (México).	7
Publicaciones de La Mutual.	9
Quo Vadis Salud 2012.	10
La Acción de las Redes Sociales en Salud.	12
Encuentro Iberoamericano de Gestión Sanitaria en Madrid.	14
Infecciones Hospitalarias. Aspectos médico legales y manejo de riesgos.	15

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

Crecer es mucho más que cumplir años
Seguimos creciendo, seguimos sumando.

Productos
+ Oportunidades
+ Soluciones

10 AÑOS

TPC
COMPAÑÍA DE SEGUROS

www.webtpc.com

El Síndrome de Burnout

y su relación con las demandas por Responsabilidad Profesional Médica



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

El estilo de vida de este siglo ha generado la aparición de nuevas enfermedades relacionadas con el stress laboral y la desocupación, una de las cuáles adquirió la denominación de Burnout (síndrome del quemado) o Síndrome de Tomas.

El concepto de Burnout fue utilizado por primera vez en el ámbito de la psicología por Freudenberg, en el año 1974. Este psicólogo lo definió como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esfuerzo esperado. Es un estado de agotamiento físico, emocional y mental, causado por el involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes, durante un tiempo prolongado. Más tarde, Maslach y Jackson propusieron tres dimensiones interrelacionadas: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal. Estas dimensiones se integran en el cuestionario Maslach Burnout Inventory

(MBI) que se utiliza para medir dicho síndrome.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta forma de ejercicio de la profesión favorece la comisión de errores, que no son perdonados por los pacientes, fundamentado por trato impersonal con que se los atiende, aumentando



La revista líder del Sector Salud

Medicina Global
Médicos

La revista de salud y calidad de vida

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





drásticamente el número de demandas por presunta "Mala Praxis".

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

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

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

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

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

CONSTRUIR 
Obra Social del Personal de la Construcción **Salud**

SIEMPRE AL SERVICIO DE SUS AFILIADOS

OSPECON

CENTRO MEDICO DE ATENCION PRIMARIA

CEMAP RIO GALLEGOS — SANTA CRUZ SUR

ALCORTA Nº 130-RIO GALLEGOS-SANTA CRUZ

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



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

Comisión Estatal de Arbitraje Médico

Una herramienta para la resolución de conflictos

Entrevista al Dr. José Antonio Medina Rodríguez, Director Médico, y a la Lic. Marcela Hurtado Herrera, Directora Jurídica de Comisión Estatal de Arbitraje Médico (COESAMED) de Aguascalientes, México.

La COESAMED es un organismo público descentralizado del Gobierno del Estado y funciona como medio alternativo de resolución de los conflictos que se pueden derivar del acto médico. Es decir, sólo interviene si las partes no ejercitan sus derechos por vía jurisdiccional y únicamente actúa a petición de los involucrados.

Tiene por objeto contribuir a prevenir y resolver los conflictos derivados del acto médico, tutelar por el derecho a la protección de la salud y mejorar la práctica médica.

Tiene como misión propiciar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus pacientes, bajo la visión de influir positivamente en la mejora de la práctica de la medicina, pública y privada.

Todos sus servicios son gratuitos: atención y asesoría a los usuarios y prestadores de los servicios de Salud. Gestiones inmediatas cuando un paciente no es atendido. Asesoría profesional por médicos y abogados sobre un caso en particular. Recepción de quejas. Conciliación y arbitraje.

¿Observa un incremento de los reclamos por responsabilidad profesional médica en México? ¿A qué le parece que responde este fenómeno?

Sí, hay un incremento de quejas por responsabilidad profesional médica debido a un mayor conocimiento de la existencia y atribuciones de las Comisiones de Arbitraje Médico.

¿Cuáles son las especialidades médicas más afectadas?

Las especialidades médicas más afectadas en el Estado de Aguascalientes son las siguientes:

- Cirugía General.
- Ortopedia y Traumatología.
- Medicina de Urgencias.
- Ginecología y Obstetricia.
- Odontología.

¿Cuáles son los eventos adversos y complicaciones que habitualmente derivan en quejas o reclamos?

Los eventos adversos más frecuentes que derivan en quejas o reclamos son:

- Infecciones intrahospitalarias.
- Retardo en la atención médica.
- Diagnósticos erróneos.
- Expectativas no realistas.



El Dr. José Antonio Medina Rodríguez y la Lic. Marcela Hurtado Herrera durante una de las conferencias que habitualmente imparten en las Universidades a los estudiantes de las carreras relacionadas con la salud, con la finalidad de promover el ejercicio de una buena práctica médica.



Sociedad Odontológica

SIEMPRE UN PASO ADELANTE



Oficinas de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Aguascalientes, México.

¿Qué características presenta para usted la relación médico-paciente en la actualidad?

Consideramos que debería de tener dos características fundamentales, la primera de ellas sería una eficiente comunicación entre ambas partes, lo cual constituye la base fundamental del acto médico y también la práctica de una medicina asertiva, basada en la ética profesional que debe detentar todo profesional de la salud.

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

Las principales medidas serían:

- Trato digno y respetuoso.
- Mayor grado de educación médica por parte del paciente.
- Comunicación estrecha y efectiva.
- Capacitación médica profesional continua.

Para finalizar, ¿cuáles son los objetivos de la COESAMED y cuál es su rol en la resolución de conflictos derivados del acto médico? ¿Se trata de una instancia obligatoria y previa a la etapa judicial?

Los objetivos de la COESAMED son coadyuvar para una relación sana médico-paciente así como una mejoría en la calidad de los servicios médicos.

La conciliación y el arbitraje se instrumentan a través de audiencias en las cuales concurren las partes a voluntad, sin existir coacción o sanción alguna de por medio, en virtud de ser una instancia alterna a los medios jurisdiccionales y eminentemente conciliadora.

Es importante mencionar que los principios que rigen a la COESAMED son la confidencialidad, imparcialidad, objetividad, buena fe de las partes y gratuidad.

El servicio brindado por COESAMED no es obligatorio antes de acudir a los medios jurisdiccionales, es a voluntad del usuario del servicio médico el acudir o no a esta instancia. **APM**



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)

La Mutual presenta la Segunda Edición de la obra "Nuevos Consentimientos Informados Según Ley 26.529"

La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional lanza la Segunda edición ampliada y actualizada según ley 26.742 de la obra "Nuevos Consentimientos Informados Según Ley 26.529", cuyo autor es el Dr. Rafael Acevedo, Gerente de la Entidad.

Frente a la entrada en vigencia de la Ley 26.742 (modificatoria de la ley 26.529 de Derechos de los pacientes, historia clínica y consentimiento informado), La Mutual inició el trabajo de adaptar a esa normativa los contenidos de su anterior obra, publicada en agosto del año 2010: "Nuevos consentimientos informados según ley 26.529".

requiere, en las especialidades médicas más diversas. Asimismo amplía el capítulo sobre rechazo terapéutico.

Desde la Entidad auguran que el nuevo material exclusivo resulte de interés, especialmente entre sus principales destinatarios: las instituciones y profesionales asociados a La Mutual, para quienes la entrega es gratuita. **APM**

Dicha iniciativa tuvo como resultado la edición del presente CD que contiene más de 120 modelos y guías para la redacción del consentimiento informado que cada práctica

Los interesados en adquirir el CD pueden escribir a: lamutual@lamutual.org.ar o bien llamar al (011) 4371-9856 (líneas rotativas).

Más de 120 modelos y guías para la redacción del consentimiento informado 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



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

9° Edición de la Conferencia Quo Vadis Salud

Bajo el lema “La salud no se negocia” se celebró la “9° Conferencia General de Salud Quo Vadis” organizada por Revista Médicos. La cita fue el 20 de noviembre pasado y tuvo lugar en el City & Tower Hotel de la ciudad de Buenos Aires.

El Dr. Rafael Acevedo, Gerente de La Mutual, fue el encargado de coordinar la mesa dedicada a praxis médica: “Prestadores y Aseguradoras, ¿van en el mismo sentido?”, la cual contó con distintos panelistas, entre ellos: el Dr. Fabián Vítolo, Gerentes de RRII y Servicios Médicos de Noble Compañía de Seguros, el Dr. Fernando Mariona, Director de TPC Compañía de Seguros, el Dr. Tito Tomassini, Jefe del Área Médico-Legal de Prudencia, el Dr. Horacio Canto, Gerente de Administración de Riesgo de SMG Seguros y el Dr. Alfredo Rossi, Asesor Letrado de Seguros Médicos.

Algunos de los ejes desarrollados por los panelistas fueron:

Dr. Acevedo: Este año me ha tocado coordinar la mesa y mi aporte ha sido el título del panel de praxis médica: “Prestadores y Aseguradoras, ¿van en el mismo sentido?”.

A modo de introducción, los asegurados -nuestras clínicas, sanatorios y profesionales de la salud-, no siempre colman sus expectativas en lo referente a los servicios que le deben brindar los aseguradores en materia de prevención, gestión de riesgos médico-legales y cobertura. Al mismo tiempo, en forma paralela, las aseguradoras muchas veces plantean que no reciben una adecuada respuesta de los asegurados para poder canalizar y llevar adelante las acciones necesarias para minimizar los factores de riesgo y con ello reducir los índices de siniestralidad. Es en el marco de este dilema que fue propuesto el título, que consulta acerca de si los prestadores y las aseguradoras van –o no- en la misma dirección.

Dr. Fabián Vítolo: El sector salud ha perdido mucho tiempo en lo que llamamos “litigiosidad indebida”. Se cumplen 10 años del “Acta de Pilar”, donde se solicitaban cambios en el plano

legislativo (plazos de prescripción, topes indemnizatorios, pericias previas, etc.) y esta focalización nos ha llevado a olvidar otro aspecto, al que podríamos llamar “litigiosidad debida”: aquellos daños que pueden ser evitados.

Para ver cuál es el riesgo mayor que enfrentan las instituciones de salud es necesario tomar la evolución de las propias aseguradoras, que han pasado de un abordaje tradicional, enfocado al manejo de siniestros y la prevención de juicios con el fin de evitar ser demandados y no sobre la base de lograr una mejor medicina. Hoy hemos avanzado hacia una nueva visión: “el gran daño evitable”, por ejemplo: pacientes operados en el sitio quirúrgico equivocado, caídas con golpes de pacientes, etc. Este enfoque nos obliga a trabajar sobre factores humanos, la comunicación y el trabajo en equipo. Este es el sentido en el que creo que avanzamos los médicos y abogados de las compañías de seguros, es decir, tratando de poner el foco en el paciente y no en el juicio.

Dr. Fernando Mariona: Allá por 1986 este negocio comenzó a tomar envergadura. En los '90 comenzamos a preocuparnos por preguntarle a los médicos cuáles eran sus necesidades respecto al producto que querían y ellos nos decían: más servicios, cobertura por 10 años, la defensa penal, que la cobertura sea barata, que podamos demandar a quienes nos demandan. Creo que las aseguradoras de responsabilidad civil médica somos las que nos esmeramos cada vez más en producir mejores servicios y le dimos a la comunidad médica, entre otros: la defensa civil-penal, la cobertura del Director Médico y Jefe de Equipo gratuita, la de investigaciones clínicas, la de fecundación asistida, la de los 10 años, etc. Algunas respuestas que hemos recibido del sector: las obras sociales nos dijeron “no somos responsables”, las empresas de medicina prepaga también, las gerenciadoras dijeron “tenemos firmados convenios de indemnidad con las obras sociales” y no participan. Al momento de armar una defensa se genera una oposición marcada entre la defensa del médico y de las clínicas, sobre todo si ambos deman-



Asociación de Clínicas
y Sanatorios Misiones Sur

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

datos se encuentran en distintas aseguradoras. Ir en el mismo sentido significaría que todos tomáramos el mismo camino y en la misma dirección. Lo importante es que no vayamos a contramano.

Dr. Tito Tomassini: Teniendo en cuenta cómo y por qué los médicos reaccionan ante una acusación de mala praxis y la gama de estrategias que se pueden utilizar para disminuir el desequilibrio emocional que acompaña a esta experiencia y cómo la compañía de seguros puede contribuir a ello. El primer paso para hacer frente a un litigio es la obtención de una adecuada base de conocimientos sobre la que se pueda anticipar psicológicamente el proceso en sí. El médico es un participante aunque no lo quiera. Además, a lo largo del proceso los médicos deben observar sus reacciones físicas, psíquicas y emocionales. Deben tener un médico personal y observar si sus relaciones con la familia, amigos y entorno profesional han cambiado, y tomar las medidas necesarias al respecto. La sensación de estar fuera de control impregna la experiencia de un litigio.

Algunas estrategias útiles pueden ser conceptualizadas en los siguientes aspectos: el apoyo social, la restauración del dominio y el cambio de significado del evento.

El objetivo es entender y disminuir los efectos del estrés y recuperar la sensación de equilibrio emocional del profesional.

Dr. Horacio Canto: Lo más importante para la sociedad médica son los daños indirectos, entre ellos: que la sociedad señale al médico como el responsable de algún evento de mala praxis, juicios muy largos, que el profesional entre en un estado de pánico y no maneje con la misma idoneidad los asuntos médicos, y el temor al reconocimiento de culpabilidad en una instancia judicial.

Hay diferencias entre lo que sería una póliza de seguros estándar y una especializada, que brinda el servicio de post venta que tiene que ver con estimular a los asegurados a identificar factores de riesgo, elaborar estrategias de prevención y rol docente. Estrategias: favorecer el reporte de incidentes y la cultura de seguridad; lograr el compromiso de los líderes institucionales; estimular la detección y análisis de los incidentes ocurridos; estimular el aprendizaje a partir de los errores concretos, potenciales



y cuasi errores; establecer políticas y diseñar algoritmos basados en evidencias y lecciones aprendidas; estimular el monitoreo de los programas en vigencia; estimular la capacitación. ¿Vamos en el mismo sentido? Muchas veces no. Hay grandes diferencias en la comprensión del mensaje. Los programas de administración de riesgos deben ser considerados una inversión y no un gasto.

Dr. Alfredo Rossi: Algunos de los obstáculos que encontramos en el sendero: todavía la mayoría de los reclamos son de litigiosidad indebida; se cuestiona absolutamente todo el accionar médico; el beneficio de litigar sin gastos es total gratuidad para iniciar las acciones; hay una tendencia mundial a considerar que cuando hay un daño tiene que haber un resarcimiento; se están midiendo las responsabilidades según las normas que rigen la protección de los consumidores; en muchos casos las condenas son analizadas por los jueces bajo un contenido político y social y no bajo el principio de reclamación; hay abuso de las acciones de amparo; etc. La masificación de los servicios médicos, el deterioro de la relación médico-paciente, la pérdida de la búsqueda de la capacitación constante, la génesis de la medicina defensiva y restrictiva, la falta del buen consejo médico y de los abogados, siendo un problema central porque cuando existe un daño la primera reacción de un paciente no es si "es indebido o debido". El daño pudo haber existido y es ahí cuando necesita un buen consejo, de alguien que no trabaje sobre sus pasiones sino sobre la realidad de lo que pudo haber ocurrido. Esta sería una de las posibilidades para eliminar la litigiosidad indebida y limitar la litigiosidad debida. **APM**

Dr. Rafael Acevedo (La Mutual), Dr. Fabián Vítolo (Noble Cía. de Seguros), Dr. Horacio Canto (SMG Seguros), Dr. Alfredo Rossi (Seguros Médicos), Dr. Tito Tomassini (Prudencia Cía. de Seguros) y Dr. Fernando Mariona (TPC Cía. de Seguros)



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

La Acción de las Redes Sociales en Salud

Entrevista al Ing. Rigoberto Porras, Representante de la Fundación Bamberg de Madrid, España, quien nos cuenta de qué se trata la Red Social Yammpi.com dirigida a los profesionales del ámbito de la salud, que les permitirá interactuar y relacionarse con otros colegas.



¿En qué consiste la propuesta yaampi.com?

Yaampi.com es una red social o comunidad de salud que nace con la intención de ser un entorno de relación e investigación para los profesionales sanitarios latinoamericanos, un lugar donde compartir ideas, debatir y trabajar en conjunto con otros colegas del sector. Una plataforma pensada a partir de la problemática y necesidades de gestión de la información para estos profesionales y que les brinda la posibilidad de interactuar con colegas en un entorno cerrado solo para personal del sector.

Cuenta además con un directorio totalmente gratuito, donde los profesionales podrán mantener un perfil orientado al paciente y a partir del cual se puede comenzar a establecer una relación entre ambos.

Nuestro objetivo es ser una herramienta totalmente gratuita desde la cual la profesión

noamericana de Hospitales y la Organización Iberoamericana de Prestadores de Servicios de Salud, entre otras.

¿En qué instancia de desarrollo se encuentra el proyecto en Argentina?

Se encuentra a punto de lanzarse en su versión BETA, actualmente está en modo invitación para un grupo de profesionales seleccionados, pero pronto tenemos previsto abrirlo al mercado.

¿A quién está dirigido y cuál es su ámbito de acción?

En esta primera etapa está dirigido a los profesionales sanitarios de cualquier tipo que busquen una plataforma donde interactuar y relacionarse en un entorno cerrado y controlado con otros colegas. Los pacientes también pueden beneficiarse ya que podrán

Nuestro objetivo es ser una herramienta totalmente gratuita desde la cual la profesión médico sanitaria latinoamericana investigue, debata y además tenga presencia comercial, poniendo a su disposición una herramienta de gestión de la inteligencia colectiva en salud.

médico-sanitaria latinoamericana investigue, debata y además tenga presencia comercial, poniendo a su disposición una herramienta de gestión de la inteligencia colectiva en salud.

¿Quiénes son los creadores y/o promotores de la misma?

En la definición, desarrollo y puesta en marcha de la red social de salud están implicadas varias empresas e instituciones. A nivel tecnológico han colaborado Pharmimage Network, una empresa española especializada en el desarrollo de soluciones para Salud 2.0 y Constructores Web, empresa Argentina radicada en Tucumán. Además Yaampi está avalada y cuenta con el apoyo institucional de la Fundación Bamberg de Madrid, la Federación Lati-

hacer búsquedas en el directorio de profesionales, segmentadas por zona geográfica y especialidad, por ejemplo, un paciente que anda buscando un cardiólogo podría listar todos los profesionales de esta especialidad que dispongan de un consultorio en la zona de Buenos Aires.

¿La red permite la interacción entre médicos y pacientes?

Es nuestro objetivo que así sea, pero en esta primera etapa estamos orientados a crear primero masa crítica de profesionales registrados y activos y a partir de cumplir este hito, implementaremos las capacidades para estructurar una relación online, profesional-paciente.

Productores y Asesores de Seguros
Especialistas en Praxis Médicas

Quinn Seguros



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

¿Cuáles son los beneficios para los profesionales de participar en esta red social de salud?

Entre otras, las ventajas de las que van a disfrutar los miembros de Yaampi, se mencionan:

- Pertenecer a un entorno exclusivo donde relacionarse, aprender y enseñar a otros profesionales del sector en el entorno latinoamericano.
- Presencia gratuita en un directorio comercial orientado a los pacientes y al mercado en general.
- Acceso a toda la información y documenta-

ción médico-sanitaria publicada de manera gratuita en la biblioteca de Yaampi.

Para terminar, podría mencionar algunas experiencias similares en otras partes del mundo.

En el entorno anglosajón existen otras iniciativas con éxito, por ejemplo WebMD (www.webmd.com) o Doctors.net.uk (www.doctors.net.uk).

Nosotros en España somos partners del proyecto Ippok.com (www.ippok.com), orientado a los profesionales del sector sanitario en España. **APM**

Acerca de Yaampi.com

DEBATES

Espacio de la red orientado a conversar e interactuar sobre los temas que más interesan a la comunidad médico sanitaria. Cualquiera puede crear un debate o participar en los debates abiertos por otros usuarios, es posible publicar documentación como imágenes, vídeos o PDF en este tipo de sistema de conversación.

CASOS CLÍNICOS

En esta sección los profesionales podrán compartir sus inquietudes o necesidades de investigación sobre casos clínicos. Cualquier usuario de la red tiene la posibilidad de publicar un caso clínico, el mismo quedará disponible para que otros profesionales puedan comentarlo, y publicar documentación asociada al mismo.

EVENTOS

Un directorio de todos los eventos del sector sanitario a lo largo del año, los mismos pueden ser categorizados en Congresos, Eventos de formación o Presentaciones de productos. Los eventos disponen de una biblioteca en la que publicar documentos de carácter científico y una sección multimedia donde visualizar los videos e imágenes relacionados con el desarrollo de la actividad.

ENCUESTAS

Para empresas del sector farmacéutico que quieren generar encuestas de tipo formulario con preguntas de diversos formatos a los profesionales del sector. El sistema cuenta además con información estadística con los resultados de las mismas.

BIBLIOTECA

Es el área de la red destinada a la gestión del conocimiento, se nutre de toda la documentación publicada por los usuarios de Yaampi y esta categorizada tanto por las especialidades médicas como por la tipología de la documentación que pueden ser imágenes, vídeos y documentos PDF. Todos los otros escenarios cuentan con su biblioteca propia, que integra la documentación subida durante la actividad en los mismo.

DIRECTORIO DE PROFESIONALES

Un directorio público de todos los profesionales sanitarios que cuentan con una consulta privada o que ofrecen servicios de salud de algún tipo. Permite obtener visibilidad y presencia de cara al mercado de manera totalmente gratuita.

Desde 1898 un Progreso Seguro...



El Progreso Seguros S.A.

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

Casa Matriz: Avda. Casey 99 - B8170 AAA - FIGUE - Prov. de Buenos Aires - Tel: 02923-472223 y lin. rot.
Fax: 02923-472046 - E-mail: pigue@elprogresoseguros.com.ar

Encuentro Iberoamericano de Gestión Sanitaria en Madrid

El Dr. Héctor Salvador Vazzano, Presidente de FECLIBA, participó como orador invitado en el Encuentro Iberoamericano de Gestión Sanitaria con la Organización Española de Hospitales y Servicios de Salud.



Representantes de los hospitales iberoamericanos y españoles con el Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina y Javier Fernández-Lasquetty Blanc, Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

El evento se llevó a cabo en la Real Academia Nacional de Medicina de Madrid, España, los días 15 y 16 de noviembre del corriente.

La Conferencia Inaugural de la Jornada Iberoamericana estuvo a cargo del Prof. Joaquín Poch, Presidente de la citada Academia. A posteriori hubo una Sesión sobre la Colaboración Público-Privada en Servicios de Salud en Iberoamérica que fue moderada por Fernando Regateiro de la Asociación Portuguesa de Ingeniería y Gestión en Salud.



Dres. Gustavo Mammoni (CONFELISA), José Soto Bonel (OIPSS), Prof. Joaquín Poch (Academia Nacional de Medicina de Madrid) y Héctor Vazzano (FECLIBA).

Los ponentes participaron en una amena y fructífera conferencia-exposición e interrelación con los participantes del evento, por Brasil, el Dr. José Carlos de Souza Abrahamo, por Argentina, el Dr. Héctor S. Vazzano, por Portugal, Carlos Tomas y por Colombia, el Dr. Juan Carlos Giraldo. Fueron dos horas de valioso intercambio entre las realidades de los países y el planteo de todos ellos de la necesidad de cambio en los modelos de Salud con una importante rectoría por parte del Estado, pero con una articulación estatal-privada con el objeto del buen uso de los recursos, con equidad para que todos los habitantes de nuestras poblaciones puedan tener un justo acceso a la Salud como merecen todos los países del Área. **APM**

Fuente: Presidencia FECLIBA Central.

ACLER

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

Enrique Carbó Nº 245 - C.C. Nº 175 - 3100 Paraná - Entre Ríos
Tel.(0343) 4230040 - Fax: (0343) 4230379

Infecciones hospitalarias

Aspectos médico-legales y manejo de riesgos (Parte I)

Por Dra. Rosana G. Corazza, Medica Legista, Especialista Enfermedades Infecciosas y Dr. Fabián Vítolo, Gerente Relaciones Institucionales y servicios médicos NOBLE Compañía de Seguros.

Las infecciones hospitalarias constituyen uno de los principales problemas que enfrentan las aseguradoras de responsabilidad profesional cuando a raíz de su ocurrencia se inicia una demanda. Lamentablemente, hay una tendencia en la sociedad (y por ende en muchos litigantes) a considerar que todas las infecciones hospitalarias se deben casi con exclusividad a las deficientes condiciones de asepsia de la institución y a la falta de diligencia de los profesionales en la prevención de las mismas.

Se define como infección hospitalaria a toda infección adquirida durante la internación y que no estuviese presente o incubándose al momento de la admisión del paciente. En el caso del recién nacido se excluyen de esta definición aquellas adquiridas durante el pasaje a través del canal de parto. Esta definición del Sistema Nacional de Vigilancia de la Infección Nosocomial de los Estados Unidos (NNIS) es la aceptada en la mayoría de los países. Si bien en la misma no habla de horas, hay coincidencia generalizada en considerar como infección hospitalaria a toda aquella que se inicia transcurridas 48 a 72 hs. desde la admisión, o dentro de los 10 días posteriores al alta. Estos términos pueden variar de acuerdo con el tiempo de incubación de ciertas enfermedades. Para la infección de sitio quirúrgico se considera el término de 30 días a partir del día de la operación o hasta un año si está relacionada con material protésico (1). En muchas pericias de nuestro Cuerpo Médico Forense se hace mención a estos intervalos de tiempo.

Los médicos sabemos que no todas las infecciones hospitalarias son prevenibles. Su ocurrencia tiene también relación con factores de riesgo propios del paciente tales como la enfermedad que determinó la internación y las comorbilidades previas.

La infección hospitalaria es endemo-epidémica y reviste mayor gravedad cuanto mayor es su nivel de complejidad. Se considera que en Lati-

noamérica entre el 5 y el 12% de los internados adquirirán una infección que no estaba presente ni incubándose el día de su internación (2).

Según una estimación del Programa de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación, el 8% de la población que ingresa a un hospital argentino para internación corre el riesgo de adquirir una infección.

Cifras superiores son denunciadas por el Consorcio Internacional de Control de Infecciones Nosocomiales (INICC), quienes refieren que las tasas de infección hospitalaria en la Argentina son al menos 6 veces más altas que en los Estados Unidos, el Reino Unido, Australia, Canadá y Alemania. La INICC, en un estudio que realizado en 9 Hospitales de Buenos Aires y Rosario encontró que la tasa de bacteremias asociadas a catéter fue 11 por 1000 días de catéter, mientras que en EEUU la tasa es 2 por 1000 días de catéter, es decir 6 veces superior en Argentina. Respecto a neumonías asociadas a ventilación mecánica la tasa fue 30 por 1000 días de respirador, mientras que en Estados Unidos es de 4 por 1000 días de respirador, o sea 7 veces superior en Argentina (3).

El proyecto VALIDAR realizado en el último semestre del año 2004 en el que participaron 119 centros asistenciales de nuestro país concluyó que la tasa de infecciones asociada a dispositivos fue mayor en las instituciones argentinas al igual que el consumo de antimicrobianos (especialmente vancomicina, cefalosporinas de tercera generación y carbapenémicos) respecto a los estándares de infección hospitalaria propuestos por NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance).

El estudio también demostró que la tasa de resistencia a los antimicrobianos fue inusualmente alta. Entre las hipótesis propuestas para tales desviaciones se infirió que podrían relacionarse a la falta o accionar al menos deficiente de programas activos en control de infecciones y de uso de antimicrobianos.



Dramáticamente se estima que aún si se aplicaran rigurosas medidas de prevención se lograría reducir las tasas de infección pero su eliminación a cero es prácticamente imposible (4). Lamentablemente, este concepto no parece estar del todo internalizado en la justicia, observándose pericias y fallos con excesivo énfasis en presuntas deficiencias del medio ambiente hospitalario sin darle la trascendencia necesaria a factores tanto o más importantes que tienen que ver con la existencia de un programa activo de vigilancia, que demuestre un control estricto en la prevención de las mismas, en donde el desarrollo de un episodio en particular puede estar vinculado a factores propios de la patología y del paciente.

La sola denuncia de un episodio de infección hospitalario debe de valorarse en el contexto global en el que transcurrió dicho episodio y merita la evaluación de las medidas activas y continuas que se realizan en esa institución para su prevención a través del estudio e interpretación de las tasas de infección hospitalaria y del cumplimiento de los objetivos impuestos a consecuencia de las mismas.

Cada episodio de infección hospitalaria es un hecho único que merita una evaluación exhaustiva a fin de determinar si se realizaron o no las medidas recomendadas para su prevención con el objeto de poder determinar si se actuó o no diligentemente, es decir, demostrar que no hubo negligencia.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

La administración de riesgos hospitalarios consiste en la identificación, el análisis y el tratamiento de las potenciales fuentes de pérdida financiera para la institución. En el caso de las infecciones hospitalarias, las pérdidas ocasionadas por los juicios por mala praxis, que son importantes, son relativamente menores al lado

medio de antibióticos fue de \$996 dólares por paciente, y el costo total fue de \$2,255 dólares por paciente (9).

Las infecciones hospitalarias, por otra parte, son una de las principales causas de demandas por responsabilidad profesional contra hospitales en todo el mundo.

En nuestro país ya hay sentencias que superan el millón por daño neurológico secundario a infecciones adquiridas por recién nacidos en el hospital.

La efectividad de un programa de control de infecciones medido en vidas y en dinero ha demostrado ser beneficioso y costo efectivo. Sin embargo, y pese a la magnitud del problema, son pocas las instituciones con una visión epidemiológica de este riesgo que derive en programas de control y vigilancia de infecciones realmente abarcativos, efectivos y con continuidad en el tiempo.

EL PROBLEMA DE LA DEFENSA MÉDICO-LEGAL

En las demandas por responsabilidad profesional originadas en infecciones hospitalarias, las partes generalmente buscan establecer la causa de dicha infección y, una vez conocida la misma, determinar si corresponde al médico o a la institución resarcir económicamente a la víctima.

Con respecto a la causa, nuestra jurisprudencia en forma generalizada acepta la clasificación de las infecciones hospitalarias en exógenas y endógenas (11) (12). Serán exógenas cuando los gérmenes proceden de una fuente exterior al enfermo (transmisión de gérmenes por parte del personal o instrumental hospitalario, visitas, ambiente, ya sea por vía aérea o por el contacto de las manos). Serán endógenas cuando es el propio paciente el portador del germen infeccioso antes de su ingreso al ente hospitalario, o bien, cuando habiendo ingresado ya al

Se considera que en Latinoamérica entre el 5 y el 12% de los internados adquirirán una infección que no estaba presente ni incubándose el día de su internación.

de los enormes costos derivados de una inadecuada política de control de infecciones.

Para muestra, a veces basta un botón: de acuerdo a datos del 2004 del sector de la medicina prepaga en la Argentina, el costo para el financiador de una internación y cirugía de reemplazo total de cadera por fractura fue de \$5.676 (U\$S 1892). En aquellos casos en los que la prótesis se infectó, hubo que reinternar al paciente para retirársela y luego volver a internarlo una vez superada la infección para colocarle una nueva, los costos se sextuplicaron llegando a \$36.803 (U\$S 12.268) (7).

No hay en Argentina informes globales respecto a los costos que implican las Infecciones Hospitalarias.

La INICC en un estudio realizado en 3 hospitales de Argentina durante un período de 5 años identificó 307 pacientes con neumonía hospitalaria. El promedio de días extra de internación por paciente fue de 9 días, el costo extra

nosocomio, la infección ha sido generada por el propio paciente, sin intervención de causa externa alguna.

En cuanto a la obligación de resarcir a la víctima, debe existir una razón suficiente por la cual se justifique que el daño que ha sufrido una persona (en este caso la infección), se traslade económicamente a otra (el profesional o la institución de salud) (14). En derecho, a esta "razón suficiente" se la denomina "factor de atribución". En el caso de los médicos, este factor de atribución es generalmente subjetivo y su obligación es de medios. El profesional se compromete a actuar con diligencia, prudencia y pericia para evitar la infección pero no debe responder económicamente por la misma si no logra acreditarse su culpa. La subjetividad está en la ponderación que hacen los expertos y el juez de la existencia o ausencia de culpa. En el caso de las instituciones médicas, sin embargo, la posición mayoritaria de nuestros tribunales



establece que este factor de atribución es objetivo, basándose en el deber de seguridad que pesa sobre los entes asistenciales. Cabe destacar que de acuerdo a los estudios actuales enfocados en la prevención de las infecciones hospitalarias, se puede inferir que el desarrollo de las mismas es responsabilidad de todos y cada uno que asiste al paciente. De lo expuesto se desprende que la responsabilidad subjetiva va adquiriendo cada vez un rol mayor.

Tradicionalmente, nuestra jurisprudencia ha considerado que esta obligación de seguridad que tienen los establecimientos médicos es de resultado y los mismos deben garantizar que el paciente no sufrirá una infección hospitalaria exógena debiendo responder si se acredita este hecho, independientemente del factor culpa.

Esta visión ha determinado que muchas sentencias sean favorables a los médicos al no poder acreditar su culpa y condenen a las instituciones invocando su deber de seguridad y la garantía de resultados (ausencia de infecciones hospitalarias exógenas) que pesa sobre las mismas. Este criterio determina a su vez que tradicionalmente las únicas líneas de defensa admisibles de las instituciones hayan sido:

1. Demostrar que la infección fue adquirida con anterioridad al ingreso del paciente al establecimiento.
2. Demostrar que la infección fue endógena.
3. Demostrar que la infección fue un hecho fortuito.

Algunos autores consideran que la acreditación de esta prueba es verdaderamente "diabólica" (15), ya que, al objetivarse la responsabilidad, las instituciones sólo podrán eximirse fracturando el nexo causal, lo cual en la práctica es generalmente imposible, conduciendo en muchos casos al dictado de sentencias que arriban a soluciones injustas.

Es así como los abogados defensores de las instituciones deben cargar con las complejidades probatorias derivadas de esta visión simplista que considera que todas las infecciones adquiridas en el hospital por gérmenes ajenos al paciente son el resultado exclusivo de las deficiencias en la asepsia, esterilización, hi-

giene o control en el instrumental, utensilios o ambiente, y que podrían haber sido evitadas con un mínimo de diligencia. Sin embargo, la prueba respecto al origen, tiempo y lugar de la infección no resulta tan fácil de abordar y de resolver, ya que las infecciones suelen ser provocadas por múltiples causas, resultando muy dificultoso en la práctica identificar a una sola de ellas (la falta de asepsia) como la causa exclusiva y adecuada de la infección. En este sentido, se ha sostenido que las infecciones hospitalarias son provocadas a veces por la creciente resistencia microbiana a antibióticos utilizados para combatir infecciones comunes, a veces por estar expuestos los pacientes hospitalizados a un descenso de su resistencia natural a las infecciones, y en otras oportunidades se deben a la creciente necesidad de procedimientos invasivos que aumentan este riesgo.

Respecto a los aspectos legislativos, es importante alertar que en EEUU a partir de fines del 2008 se exige el reporte obligatorio de las tasas de infección hospitalaria a los departamentos gubernamentales y a la población con el propósito de que el paciente pueda conocer las posibilidades estadísticas de que padezca un episodio de infección en esa institución y como indicador de calidad en la asistencia médica brindada.

Esto conlleva también a riesgos de mala interpretación ya que las tasas de infección de cada institución tendrán relación directa con la complejidad de los pacientes que ésta asista. No es lo mismo una unidad de baja complejidad que una unidad de asistencia de pacientes quemados o una unidad cardioquirúrgica o neuroquirúrgica en las cuales el techo aceptado de infecciones hospitalarias es absolutamente diferente dada las características de la enfermedad de base.

Durante el Congreso Internacional de Epidemiología y Control de Infecciones realizado durante el mes de abril del año 2008 en Buenos Aires, la Dra Denise Cardo, Directora de la División de Calidad de Promoción de Salud del CDC (programa encargado del control de infecciones hospitalarias) manifestó durante su disertación que los seguros de salud americanos han enviado un comunicado a través

de sus departamentos legales el cual podría implementarse a partir del año en curso y que expresa: "Las infecciones en ciertos pacientes no serán consideradas como una complicación para propósito de paga refiriéndose específicamente a las infecciones urinarias, las bacteremias relacionadas a uso catéteres centrales, y mediastinitis post quirúrgica.

La concurrencia de numerosos factores causales se pone de manifiesto cuando las infecciones nosocomiales se presentan en un porcen-

teria abre una importante línea de defensa en casos de juicios por infecciones hospitalarias. Al considerar que la obligación de seguridad asumida por el ente asistencial y por los propios médicos es de medios, estos podrán eximirse si prueban su ausencia de culpa, lo que se traduce en la acreditación de haber cumplido con las normas de asepsia que impone el ejercicio de la medicina (la *Lex artis*"). Es de destacar que estos casos, la carga de la prueba recae fuertemente sobre los profesionales y las institucio-

Según una estimación del Programa de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación, el 8% de la población que ingresa a un hospital argentino para internación corre el riesgo de adquirir una infección.

taje no despreciable en instituciones de todo el mundo que pueden acreditar la excelencia de sus programas de vigilancia y que pueden probar, en el caso puntual que se discuta, haber cumplido con los más altos estándares que la "Lex artis" del control de infecciones exige.

Conscientes de que aún tomando todas las precauciones hay tasas de infecciones hospitalarias aceptadas como habituales en la literatura mundial y entendiendo que la batalla biológica contra los gérmenes hospitalarios está plagada de aleas (En una relación contractual, el aleas es el riesgo de incumplimiento de las prestaciones que constituyen el contrato.) o hechos fortuitos impredecibles, algunos jueces han comenzado a mostrar una mayor flexibilidad en los últimos años. Según estos juristas, la falta de certeza en la obtención del resultado torna insostenible hacer pesar sobre la cabeza del profesional o de la institución una obligación de fines. Algunas sentencias relativamente recientes siguen este criterio jurisprudencial:

"Juzgo desacertado considerar que en los casos de infección intrahospitalaria lo aleatorio tenga escasa incidencia, pues más bien lo contrario se desprende de las pruebas periciales médicas examinadas en el voto precedente. Evidentemente no puede aseverarse que con un mínimo de diligencia el personal auxiliar del ente asistencial encargado de cumplir las medidas de control y prevención de infecciones hospitalarias aconsejadas para una intervención quirúrgica, obtenga el resultado esperado, pues la multiplicidad de causas que pueden provocar la infección por un estafilococo dorado, la frecuencia con que se presenta, el porcentual de pacientes internados que según las estadísticas se infecta y la dificultad en su eliminación, en casos como el presente en que no ha sido determinada una causa específica, obstan a que sea asimilado ese accionar a otros quehaceres más sencillos de los auxiliares referidos al cuidado y atención del internado que sí pueden incluirse entre aquellos en que un mínimo de diligencia basta para lograr el resultado de no causarle un daño distinto del que motivó la internación."

Fallo de la Cámara Nacional Civil, Sala C, 5-9-2000 Voto del Dr. Galmarini. P, R.J vs. G, JM. JA, Bs. As, abril 4 de 2001. N° 6240, p 52.

Sin duda, esta última posición judicial y doctri-

nes quienes deberán demostrar una "diligencia exquisita" en la prevención de infecciones.

Lamentablemente, a la mayoría de las instituciones les cuesta acreditar esta diligencia. La pregunta que surge es obvia: ¿Qué deberíamos entender por una diligencia "exquisita" en el control de infecciones? **APM**

En la próxima edición de APM: Manejo de Riesgos. Acreditando una diligencia exquisita en el control de infecciones.

Para acceder a la versión completa de la Parte I ingresar a: www.lamutual.org.ar (APM 37)

1. Freuler C, Durlach R. Vigilancia de la infección hospitalaria. . en "Epidemiología y control de infecciones en el hospital" ./Ricardo Durlach y Marcelo del Castillo. 1° ed. Buenos Aires, Ediciones de la Guadalupe, 2006. p.39.

2. Gaynes, PP, Horan TC. Surveillance of Nosocomial Infection. Cap.94. En: Mayhall CG, ed. Hosp Epidemiology and Infection Control. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins; 2004; pp 1672-1689.

3. Rosenthal V. Tasa de Infección Hospitalaria Asociada a Dispositivos Invasivos en Unidades de Cuidados Intensivos de Argentina. Infect Control and Hospital Epidemiology; 25:251-255. – 2004.

4. Stamboulia D. Prólogo de "Epidemiología y control de infecciones en el hospital" ./Ricardo Durlach y Marcelo del Castillo. 1° ed. Buenos Aires, Ediciones de la Guadalupe, 2006.

8. Orlando A; Durlach R. Costos de la infección hospitalaria. Capítulo 12 en "Epidemiología y control de infecciones en el hospital" ./Ricardo Durlach y Marcelo del Castillo. 1° ed. Buenos Aires, Ediciones de la Guadalupe, 2006. p.39.

9. Rosenthal V.col Costo atribuible y duración de la estancia hospitalaria por causa de neumonía en unidades de cuidados intensivos de Argentina. Estudio prospectivo y comparado. American Journal Infection Control. Abril 2005; 33(3):157-61. – 2005.

11. Calvo Costa, CA. Infecciones intrahospitalarias: ¿Responsabilidad objetiva o responsabilidad subjetiva? Responsabilidad Civil y Seguros 2008-V, 61.

12. Mariona, F. Responsabilidad civil por infecciones hospitalarias y gestión del riesgo. Responsabilidad Civil y Seguros, Ed. La Ley. 2004. Pág. 66 y siguientes.

13. Weingarten C. La hotelería en el hospital público y la responsabilidad por infecciones, en Responsabilidad del Estado y del Hospital Público. Gherzi Carlos, Weingarten Celia (directores). Ed. Nova Tesis 2005, pág.63.

14. Mayo J. La obligación de seguridad y el factor de atribución. En: Obligación de Seguridad. Director: Roberto A. Vázquez Ferreira. Suplemento especial La Ley. Sept 2005. Ed. La ley. Pág. 10.14

15. Vazquez Ferreyra RA., Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina. Ed Hammurabi, Buenos Aires, 2002, págs 151 y 152.

Ciclo Lectivo 2013

ENFERMERÍA PROFESIONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Prácticas Profesionales | Amplia salida laboral | Pasantías Rentadas

ANTICIPO 2013

**CURSOS FOCALIZADOS EN ESTABLECIMIENTOS
ASISTENCIALES DE LA RED FECLIBA.**

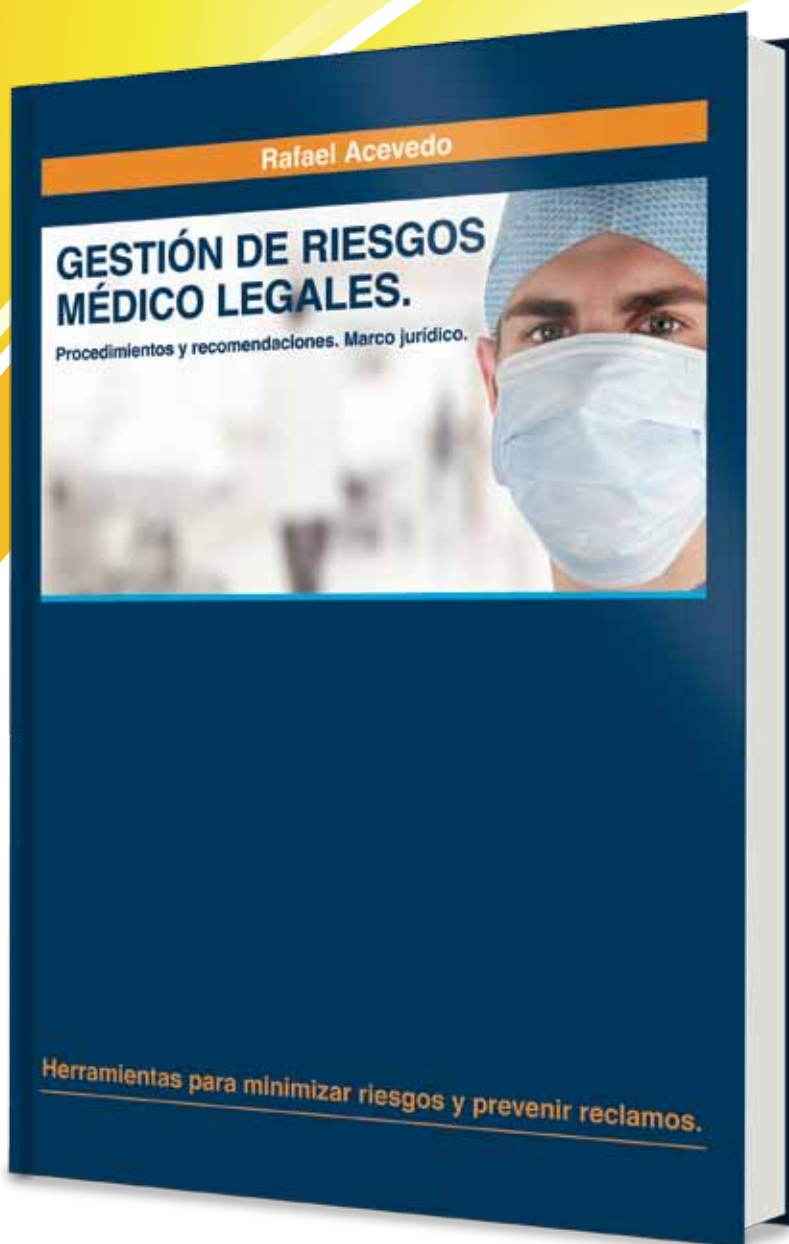
**ADMISIÓN Y SECRETARIA DE PISO
FACTURACIÓN DE PRESTACIONES NIVEL I Y II**

**INFORMES Y CONSULTAS: Av. 7 N°532 - La Plata - De 8 a 16 hs.
Tel. (0221) 412-9100 int. 169
instituto@fecliba.org.ar / relacionesinstitucionales@fecliba.org.ar**

**SALUDAMOS A LOS LECTORES DEL APM Y DESEAMOS LOS MEJORES
AUGURIOS PARA EL 2013.**

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.

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
PROMOCIONES ESPECIALES**