

APM ARGENTINA PRAXIS MÉDICA

LA REVISTA DE LA MUTUAL

Año VIII - Número 44 - Enero/Febrero de 2014 - Publicación bimensual de distribución gratuita.

WWW.LAMUTUAL.ORG.AR

En esta edición de APM:

- Mala Praxis Médica y Legislación Vigente -
- Internación Domiciliaria y Gestión de Riesgos -
- Comunicación en Redes Sociales y el entorno de la Salud -
- La inconstitucional inversión de la carga probatoria de la culpabilidad (Primera Parte) -

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

Praxis I Médica

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

Nuestro valor

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

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



Gestión de riesgos médico legales:

Procedimientos y recomendaciones. Marco jurídico.

Entre otros temas se desarrollan los siguientes:



GESTIÓN DE RIESGOS MÉDICO LEGALES.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

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

HISTORIA CLÍNICA.

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

ADMISIÓN, DERIVACIÓN y EGRESO DE PACIENTES.

- Procedimientos y recomendaciones.
- Análisis de situaciones especiales.

SEGURIDAD DEL PACIENTE.

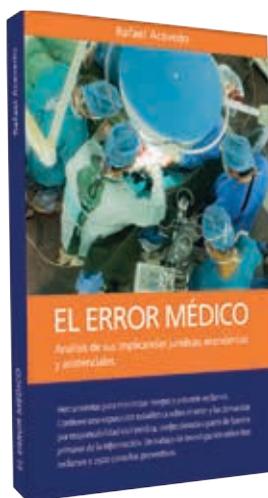
- Prevención de infecciones nosocomiales.
- Quemaduras por uso de electrobisturí.
- Prevención y gestión de caídas.
- Cirugía Segura y la Resolución 28/2012 del MSN.

COMUNICACIÓN DE INCIDENTES Y RECLAMOS.

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

El Error Médico

Análisis de sus implicancias jurídicas, económicas y asistenciales.



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

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

Se exponen los números de la responsabilidad médica:

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

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

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

Y además:

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



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

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

Editorial

En la primera edición 2014 de Argentina Praxis Médica les acercamos la primera parte de un artículo sobre “La inconstitucional inversión de la carga probatoria de la culpabilidad incorporada al art. 1735 del Proyecto de Unificación del año 2012”, elaborado por los Dres. Meza y Boragina.

Completan el número una reflexión sobre mala praxis y legislación actual realizada por el Dr. Ernesto I. Badi de FECLIBA, quien hace hincapié en que la “legislación vigente, la doctrina y la jurisprudencia destruirán cualquier Sistema de Salud”. También un material sobre “La comunicación en redes sociales y el entorno de la salud”, que forma parte de la “Guía Práctica para el uso de Redes Sociales en organizaciones sanitarias” editada por TicBiomed, y que contiene un interesante enfoque sobre el flujo

de la información que circula en Internet, por parte de instituciones, médicos y pacientes.

Por último, compartimos el capítulo sobre “Internación domiciliaria y gestión de riesgos” del libro “EL ERROR MÉDICO. Análisis de sus implicancias jurídicas, económicas y asistenciales”, cuyo autor es el Dr. Rafael Acevedo, abogado, Gerente de La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional.

Como siempre algunas novedades del Sector Salud y el ámbito Internacional.

Saludos cordiales.

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



Staff:

Director:
Dr. Héctor Salvador Vazzano

Editor Responsable:
Dr. Rafael Alejandro Acevedo

Producción Periodística:
Graciana Castelli

Diseño y Dirección de Arte:
Santiago Ariel Bermúdez

Correo de Lectores:
apm@lamutual.org.ar

Página Web:
www.lamutual.org.ar

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

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

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

Sumario

Mala praxis médica y legislación vigente. Por Dr. I. Badi. Asesor en Política Social y Empresaria de FECLIBA. 4

Internación Domiciliaria y Gestión de Riesgos. Por Dr. Rafael Acevedo, abogado, Gerente de La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional. 8

La inconstitucional inversión de la carga probatoria de la culpabilidad incorporada al art. 1735 del proyecto de unificación del año 2012 (Primera Parte). Por Dres. Jorge Alfredo Meza y Juan Carlos Boragina. 11

Acuerdo entre el Gobierno de Ecuador y médicos sobre un polémico artículo penal. 14

Desayuno de trabajo con el Subsecretario de Atención a las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 15

La comunicación en redes sociales y el entorno de la salud. 16

APM es una publicación bimestral y gratuita, propiedad de la Asociación Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional. Derechos reservados. Las notas son de uso público siempre que se citen las fuentes. Los artículos firmados no reflejan necesariamente la opinión de la Dirección, ni de la Asociación Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional. Registro de la propiedad intelectual N° 5139518.



HDI Seguros

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

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

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

Mala praxis médica y legislación vigente



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

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

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

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

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

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

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

Afecta a los tres "subsistemas de atención médica": el Público, el de la Seguridad Social y el Privado; que deben auxiliar, cuando están en condiciones, el quebranto económico de sus efectores y agentes, en los que inciden las causas enunciadas, pago de indemnizaciones, tratamientos en exceso, sobre-prestaciones innecesarias desde el criterio médico, pero que

permiten justificar, en caso de denuncias temerarias o aventuras jurídicas, que se recurrió a todos los medios científicos y técnicos disponibles -ortodoxos y aún heterodoxos- cuando puede ser opinable su utilización.

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

Afecta a la Sociedad en general, que sufre los efectos de una litigiosidad desenfundada, que distrae recursos afectados a la asistencia médica, en pos de intereses no siempre defendibles.

Causas que provocan el tremendo impacto negativo

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

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

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



sible, debe presumirse la existencia de culpa, salvo que se demuestre lo contrario, al extremo en muchos casos de requerirse compruebe la culpa de la víctima o de un tercero, por el que el establecimiento o el profesional no deben responder.

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

se consuma, llevan a la presunción de la culpa a extremos difíciles de contrarrestar. Solo puede eximir de responsabilidad una prueba contundente, de haber actuado de modo diligente, haciendo lo que corresponde en el momento oportuno. Sin exagerar la nota, podemos concluir diciendo que en la actividad médico asistencial, los profesionales y establecimientos están expuestos al reclamo y pago de indemnizaciones, aun habiendo obrado con la mayor capacidad, diligencia y eficiencia.

Riesgo de soportar los gastos causídicos demostrando la inocencia. A la posibilidad de resultar condenado, sin haber actuado con negli-

Los gastos que se produzcan cuando la participación del beneficiado es rechazada, deben quedar a cargo de los Estados Nacional o Provinciales.

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

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

Otras dificultades

La "Buena Praxis" no alcanza para eximir de responsabilidad. El criterio sustentado a través de la actual Doctrina y Jurisprudencia y la responsabilidad objetiva que jurisprudencialmente

gencia, impericia, imprudencia o temeridad, se agrega la injusticia de tener que cargar con los honorarios de los peritos y de sus abogados, no obstante que se rechace el reclamo, por aventurado que haya sido, si la supuesta víctima o sus derechohabientes, actuaron con el beneficio de litigar sin gastos.

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

Soluciones para el profesional y el establecimiento

Muy pocas o ninguna. El consentimiento informado en la medida en que se lo complete idóneamente, para que el paciente o sus representantes acepten "in extenso" las consecuencias y secuelas del tratamiento, se convierte en un elemento que facilita una estrategia defensiva,



pero por sí solo no exime de responsabilidad, como tampoco lo hace la dispensa de la culpa. Se debe admitir que la obtención de este instrumento, no es un procedimiento simple o fácil en la relación médico-paciente. La carga de tareas administrativas a las que está sometido el profesional, los bajos aranceles que intensifican el número de pacientes para obtener un ingreso decoroso, no hacen propicia la pausa para entablar un diálogo en un marco de acercamiento espiritual, en el que informar detenidamente sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento, las consecuencias, secuelas y el pronóstico, con las posibles alternativas, por tratarse de una actividad riesgosa, falible, inexacta y conjetural.

Transferencia del riesgo mediante contratación de seguro. Es en todo caso una solución, que mantiene un grado de exposición por encima del monto contratado. Al no tener límite el reclamo y tampoco el monto indemnizatorio objeto de la eventual condena, es difícil quedar indemne. El pago de la prima en el mejor de los supuestos, solo da cobertura hasta el importe contratado. El margen, hasta cubrir el monto indemnizatorio de la condena o la transacción, no deja de ser una exposición. Sin embargo es importante la cobertura asegurativa, que ade-

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

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

Poner límites a la indemnización, no es extraño al sistema argentino y de muchas otras legislaciones extranjeras y tratados internacionales, como los accidentes ocurridos en el transporte marítimo y aéreo, los infortunios laborales. La Convención de Viena sobre Responsabilidad

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

más de cubrir un importe indemnizatorio brinda la oportunidad de un servicio letrado a cargo de profesionales expertos y experimentados, dándole un complemento superlativo, cuando además se brinda permanente asesoramiento para prevenir las situaciones de riesgo mediante estándares de seguridad.

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

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

Legislar específicamente la actividad médico asistencial. Tiene características especiales, de las que destaca que se ejerce sobre seres humanos, cuya esencia es frágil, condición que

Civil por daños nucleares de 1963 o el tope en la navegación aérea internacional, conforme al convenio de Varsovia de 1929 según protocolo de La Haya de 1955; solo por señalar algunos de los casos emblemáticos.

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



**Asociación de Clínicas
y Sanatorios Misiones Sur**

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

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

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

Medios para erradicar el problema definitivamente

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

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



para sustentar el pago de las indemnizaciones sería acorde con los ingresos de los profesionales y establecimientos.

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

Enero 2014. **APM**

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

Sumamos confianza a nuestros asegurados

- Brindando ventajas diferenciales en nuestras coberturas de Praxis Profesional Médica.

- + Cobertura Extendida sin costo
- + Asistencia 0-800-TPC y Gestión del Riesgo

TPC COMPAÑÍA DE SEGUROS

YouTube f TPC Compañía de Seguros
Tel. (5411) 4876.5300 - info@webtpc.com
www.webtpc.com

Internación Domiciliaria y Gestión de Riesgos *



Por Dr. Rafael Acevedo. Gerente General de La Mutual.

La problemática de la gestión de riesgos es muy amplia, y también la diversidad de instrumentos y procedimientos para su desarrollo. En el presente artículo brindaremos algunas notas específicas relativas a la Internación Domiciliaria, identificando los principales factores de riesgo y las medidas que deben adoptarse en relación a ellos.

La falta de camas tanto en el sector público como privado de la salud, los mayores costos que para la seguridad social supone una internación sanatorial, la presencia de patologías cuyas características o pronósticos no justifican una internación nosocomial, la posibilidad de tratar de sobrellevar la enfermedad en mejores condiciones humanas, psicológicas y ambientales; son solo algunas de las causas que explican el crecimiento de este "segmento" de la actividad médico-asistencial, cuyo mayor desarrollo, cuantitativa y sobre todo cualitativamente, dependerá en gran medida de que nuestro país algún día pueda revertir su actual tendencia marcada por una preocupante carencia de enfermeros profesionales, pues son ellos los actores principales –junto con nutricionistas, kinesiólogos, psicólogos y médicos,

principalmente- de un adecuado cuidado de la salud de los pacientes que se encuentran internados en su domicilio.

En ese orden, la entidad prestataria del servicio de internación domiciliaria, como así también la obra social o empresa de medicina prepaga que otorga esa cobertura, son las responsables de coordinar adecuadamente la labor profesional de los recursos humanos que tienen a su cargo la ejecución de los cuidados para cada paciente, siendo responsables por el error en el que éstos puedan incurrir, en la medida en que el mismo tenga relación de causalidad con el daño sufrido por el paciente. En definitiva, existe un deber tácito de seguridad de la empresa o entidad respecto del obrar galénico, o de los demás profesionales y auxiliares del arte de curar que presten servicios para la misma.

De allí que resulte de vital importancia que las empresas que desarrollan esta actividad médica trabajen también en la gestión de sus riesgos médico legales, muchos de los cuales son particulares y diversos a los de un establecimiento asistencial.

Todo servicio de internación domiciliaria debería poner en funcionamiento procesos internos de comunicación que permitan a la dirección médica –y al gerenciadador de riesgos- tomar conocimiento en forma inmediata de los eventos adversos, y así poder requerir adecuado asesoramiento jurídico y médico legal a fin de implementar las medidas que cada situación amerite para evitar el reclamo, o menguar sus efectos.

En el propósito de intentar darle mayor valor práctico a este apartado, sobre todo para el profesional de la medicina y el administrador de servicios de salud ligados a la atención médica domiciliaria, a continuación nos permitimos enunciar los más comunes y frecuentes eventos o conductas, relativos al objeto o a los sujetos de la relación contractual que suponen prestaciones de este tipo, los que deberían dar lugar a la toma de especiales recaudos o, en su caso, llevar a cabo acciones concretas, a saber:

- Pacientes que sufren una descompensación con muerte súbita en el domicilio y han sido atendidos por la empresa o registran consultas previas recientes.
- Pacientes cuya causa de muerte resulta sospechosa de algún acto ilícito, o las circuns-

Federacion de Clinicas y Sanatorios Santiago del Estero

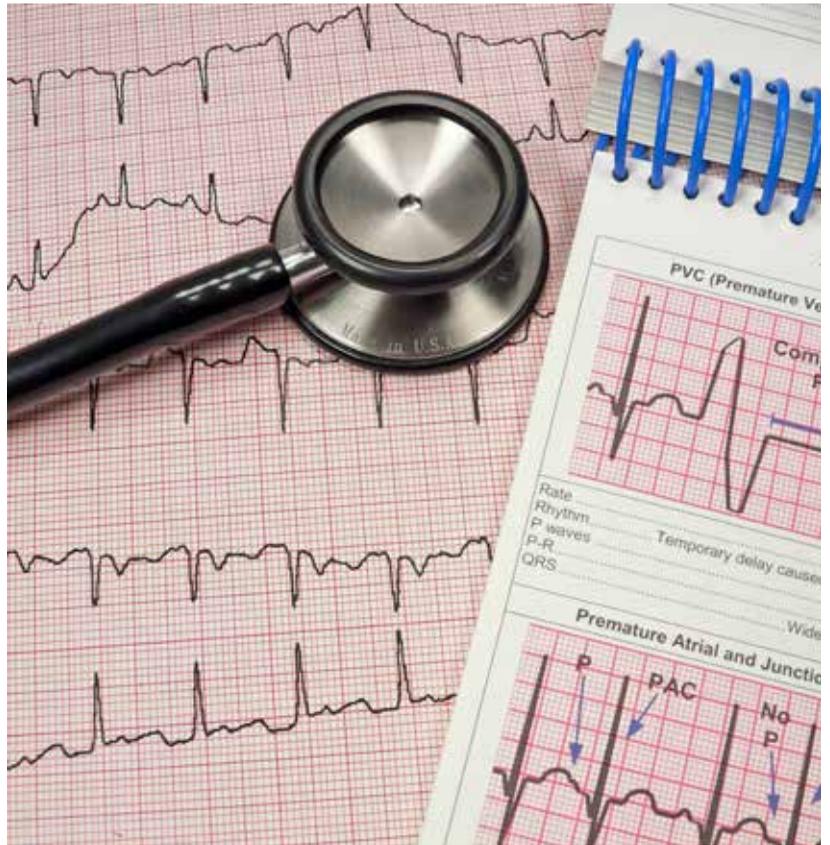


24 de septiembre 281
4200 - Santiago del Estero
Tel. (0385) 4224597 / Fax (0385) 4224503

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

tancias resulten poco claras.

- Consultas en las que se constate la existencia de violencia física en la persona examinada.
- Pacientes que son atendidos como consecuencia de intoxicaciones.
- Pacientes con consultas reiteradas domiciliarias en las cuales el diagnóstico final pudo haberse demorado.
- Pacientes que no cumplen con el tratamiento indicado por el profesional actuante.
- Toda demora o deficiencia atribuible a terceros relativa a prestaciones indicadas por el médico tratante (interconsultas médicas, laboratorio, imágenes, kinesiología, nutricionista, etc.).
- Pacientes que se niegan a ser trasladados a un centro asistencial, en aquellos casos en que se requiera su internación.
- Pacientes que se niegan a realizar estudios o prácticas indicadas.
- Familiares que rechazan la continuidad de tratamiento, o que entorpecen gravemente en lo normal la prestación de la atención y en el cumplimiento de las indicaciones médicas proporcionadas.
- Pacientes que se niegan a ser transfundidos.
- Pacientes que se niegan a concertar las visitas pautadas con el médico tratante –y personal paramédico-, o que deciden unilateralmente el alta médica.
- Manifestaciones del paciente –o familiar- de seria disconformidad con la atención médica prestada o el trato brindado.
- Pacientes que no se encuentran al cuidado de familiares directos o responsables legales.
- Errores en la administración de medicamentos a cargo del servicio de enfermería (ya sea en la dosis, el tipo de medicamento, o la vía



- de administración).
- Incumplimiento por parte del servicio de enfermería en la administración de la medicación indicada por el/los profesionales actuantes.
- Pacientes que sufren traumatismos que requieren tratamiento específico o la indicación de estudios diagnósticos.
- Pacientes con escaras.



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

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

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

Eva Perón 151- Formosa (Capital)



Para concluir, nos parece oportuno hacer una preliminar referencia a otro aspecto fundamental, bastante descuidado por muchas prestatarías de atención domiciliaria.

Me refiero a las historias clínicas, que frecuentemente denotan falencias, errores, omisiones o irregularidades, que no siempre van de la mano de una deficitaria o negligente atención, sino que se circunscriben dentro del fenómeno de desinterés y descoordinación. El consentimiento informado también debe ser objeto de especial cuidado.

Por imperio de la Ley 26.529, pero también en línea con la idea de cuidar este instrumento fundamental para una eficaz gestión de riesgos, la historia clínica de pacientes con internación domiciliaria también debe ser única y contener, al menos, la siguiente información:

- Datos personales del paciente, número de documento, dirección, familiar/res o persona/s responsable/s del mismo, con sus respectivos datos identificatorios.
- Antecedentes clínicos heredo-familiares del paciente, parámetros básicos, diagnósticos, tratamiento, procedimientos médicos realizados, indicaciones médicas, vía y dosis, desenlace, epicrisis y cierre.
- Consentimiento Informado del paciente, o su representante legal. En el respectivo documento debe quedar explicitado que se ha informado y prestado conformidad de: 1) Diagnóstico y razones que justifican una internación de tipo domiciliaria. 2) Alcances del tratamiento que recibirá y equipo de salud que intervendrá. 3) Indicaciones específicas en torno a cuidados, alimentación y toma de medicamentos. 4) Pautas de alarma. 5) Eventos que pueden derivar en una internación hospitalaria.
- En caso de solicitarse una interconsulta, ya sea médica, kinesiológica o para la realización de cualquier estudio o procedimiento, se deberá dejar asiento en la historia clínica.
- Dejar constancias del estado del paciente en cada visita, así como también de los estudios solicitados y/o indicaciones proporcionadas.

• En caso de requerir internación, se deberá consignar el motivo, la institución a la que es derivado, el estado general del paciente al momento en que es trasladado, la empresa que lo traslada, fecha y hora en que se efectiviza el mismo. También deberá registrar toda anomalía en la correcta y oportuna prestación del servicio de traslado, y las dificultades que se hayan presentado para efectivizar la internación del paciente en el tiempo indicado y requerido.

• En caso de que el paciente o los responsables del mismo no acepten un cierto tratamiento, o la indicación de una internación institucional, se deberá dejar constancias de ello, documentando el correspondiente rechazo terapéutico.

• El servicio de enfermería deberá confeccionar sus propios registros, en los que se deberá dejar constancia de la medicación administrada, ingresos y egresos en caso de ser necesario, signos vitales, curaciones, cambios de sonda, y cualquier otra actividad que se desarrolle.

• La historia clínica, planillas de enfermería incluidas, deberá contener los registros adecuados en relación a los eventos adversos o conductas antes enunciadas.

Cada uno de los puntos mencionados puede ser motivo de un extenso desarrollo, pero sirva al menos esta instancia para, partiendo de la experiencia cotidiana, enunciar tan siquiera algunas de las claves para una eficaz política de prevención y gestión, destacando aquellos factores de riesgo que son los que dan origen a la mayoría de los reclamos que reciben las empresas de atención domiciliaria. **APM**

* El presente material pertenece al libro "EL ERROR MÉDICO. Análisis de sus implicancias jurídicas, económicas y asistenciales", cuyo autor es el Dr. Rafael Acevedo, abogado, Gerente de La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional.

La revista líder del Sector Salud

Medicina Global
Médicos

La revista de salud y calidad de vida

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



Médicos y abogados. La inconstitucional inversión de la carga probatoria de la culpabilidad incorporada al art. 1735 del Proyecto de Unificación del año 2012 (Primera parte)

Por Dres. Jorge Alfredo Meza y Juan Carlos Boragina. Abogados.

I. Carga de la prueba. Noción. Caracteres.

Siguiendo en este tema al Prof. Devis Echandía, definimos a la carga de la prueba como una noción procesal, que contiene la regla de juicio por medio de la cual se le indica al Juez cómo debe fallar cuando no encuentre en el proceso probanzas que le den certeza sobre los hechos que deben fundamentar su decisión y, paralelamente, establece a cuál de las partes le interesa la producción de la misma para evitar consecuencias desfavorables a su interés procesal.

A partir de la referida definición tenemos perfiladas las características esenciales del Instituto, a saber:

1. Se trata de una regla de juicio para el órgano jurisdiccional, dado que obliga a sentenciar, aunque mediara inexistencia o insuficiencia de prueba sobre determinado hecho litigioso. A su vez, le ordena resolver en contra de la parte que, teniendo sobre sí la referida carga, hubiere resultado omisor a ese respecto.

2. Paralelamente, significa una pauta de actividad para las partes, estableciendo cuál de ellas asume el riesgo de la derrota procesal ante la falta de producción de la prueba de los hechos litigiosos que debían hallarse demostrados en el litigio.

Es entonces que a este respecto, la regla en examen señala a los contendores en primer término cuales son los hechos litigiosos que deben ser probados en el proceso, y, adicionalmente, sobre quién pesa negativamente la orfandad o

insuficiencia probatoria en relación a ellos.

Tanto el actor como el demandado están en plena libertad de cumplir o no con dicha carga pero, quién teniéndola asignada sobre sí hiciera caso omiso a la directiva legal, asume el riesgo del dictado de una sentencia desfavorable fundada en la falta o insuficiencia de la referida prueba (1). Es decir, a cuál de ellas debe adjudicarse la consecuencia negativa de la incerteza. Por tal razón, el Instituto resulta independiente del sistema de valoración judicial de la prueba y de los deberes de veracidad, lealtad y probidad que los litigantes están obligados a desarrollar en el decurso del proceso.

3) Se trata de una regla necesariamente consagrada en la ley. En efecto, ninguna legislación deja al arbitrio del intérprete la aplicación subjetiva de esta regla de decisión. Por tal razón, la misma está “regulada en todos los códigos sustanciales y de procedimiento, expresa o tácitamente” (2).

II. El Sistema de distribución de la carga probatoria vigente en nuestro Derecho. Principio General.

El art. 377 del Código de Procedimientos en lo Civil y Comercial de la Nación y, asimismo, el art. 375 del CPC de la Pcia. de Bs. As; han receptado al respecto la denominada regla “normativa” (sustentada doctrinariamente por Leo Rosenberg y aceptada expresamente por autores de la talla de Guasp, Michelli, Aragoneses, De la Plaza y Devis Echandía).

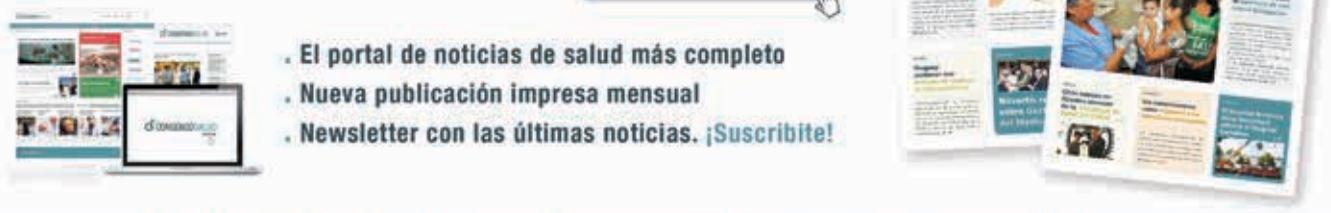




CONSENSOSALUD

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



A través de la misma se pregona que quién fundamente su interés procesal en una o varias normas, soporta la carga de probar los datos que constituyen los presupuestos fácticos contemplados en las mismas.

O sea que cada parte “debe probar el presupuesto de hecho de la norma o normas que invoca como fundamento de su pretensión, defensa o excepción” (3).

Por ende el actor debe demostrar que han acontecido en concreto los presupuestos de hecho incorporados a la norma fundante de su pretensión, mientras que el demandado debe probar los que fueran descriptos en los preceptos sobre los cuales haya enancado su defensa o excepción.

En lo sustancial, resultan semejantes los textos vigentes en los códigos procesales de Catamarca, Chaco, Chubut, Formosa, Entre Ríos, Misiones, Río Negro y San Luis.

La referida regla resulta entonces la columna vertebral del sistema distribuidor de la carga probatoria procesal en nuestro derecho positivo. Se trata por ende de un criterio normativamente estático de distribución de la carga de probar, en virtud de que el mismo no puede ser modificado por el órgano jurisdiccional, excepto la tipificación de una sentencia arbitraria por violación de los principios constitucionales de defensa en juicio, igualdad y propiedad de alguna de las partes.

A su vez, tal como se expondrá seguidamente, el parámetro sobre el que está estructurado el sistema reside en el “interés procesal de la parte”, la que sólo está cargada con la prueba de aquellos hechos abarcados por la norma sustentante de su posición en el proceso.

III. Excepciones a la regla general.

Sentado cual es el principio general en nuestro derecho positivo cabe manifestar que las únicas excepciones aplicables a la mentada regla general son:

1. Los hechos que a pesar de hallarse contemplados en las citadas normas no hubieran sido **incorporados por las partes al litigio** (art 34 inc.4; 161 inc.2 y 364 del CPCN).

2. Los hechos **no litigiosos**, por haber resultado admitidos por cualquiera de los litigantes. El mentado reconocimiento del hecho invocado por la contraria debe ser expreso.

3. Los denominados “**hechos notorios**”. Esta categoría involucra a “los hechos históricos o políticos, los accidentes geográficos y aquellos de cuya existencia dan cuenta los medios corrientes de difusión, siempre que sean conocidos y tenidos como verdaderos por la generalidad de las personas de mediana cultura en el lugar y el tiempo en que se desenvuelve el proceso. La circunstancia de hallarse incorporado al patrimonio de nociones comunes pertenecientes a cierto grupo social otorga a un hecho la calidad de notorio y excluye la posibilidad de que sea puesto en duda por el órgano judicial, o seriamente controvertido por el adversario de quién lo invoca” (4).

4. Los **presumidos por la ley**. Se trata de una inversión de la carga de la prueba establecida por disposición expresa del Legislador quién, de ese modo, dispensa a la parte de demostrar los hechos que constituyen el presupuesto de la norma sobre la cual sustenta su acción o defensa (vgr. art 1113, párrafo segundo, parte segunda del CC en respecto a la adecuación causal entre el riesgo o vicio de la cosa y el nacimiento cuya reparación se demanda).

Las mencionadas en los acápites precedentes resultan ser de lege lata las únicas excepciones a la regla general de distribución de la carga de la prueba prevista en el art 377 del CPCN y sus similares provinciales.

5. Las **presunciones “hominis” o judiciales**. Si bien se ha consagrado legislativamente un criterio general acentualmente individualista y liberal del derecho procesal, al centrarse la distribución del onus probandi en el exclusivo interés de la parte (5), el mismo contiene resquicios solidaristas que permiten al Juez, en determinadas circunstancias, prescindir de la regla general, facultándolo para invertir la

Yaampi

La red social de **salud**

Regístrese gratis en www.yaampi.com

!!! Comparta conocimientos

y obtenga presencia en internet para su consultorio !!!



mencionada carga probatoria prevista en el mencionado art 377 y cc del CPC.

En tal sentido debe meritarse “la importancia de las presunciones judiciales en ciertas materias específicas (como puede ser la responsabilidad contractual profesional) cuando por las circunstancias del caso, la prueba directa resulta extremadamente difícil o imposible de demostrar, o cuando acaece un hecho contrario al orden normal de los acontecimientos (6), en la medida en que se reúnan los recaudos estatuidos por el art.163 inc.5 del CPCN.

Exclusivamente en tales hipótesis -es decir resultando una “prueba diabólica” o habiéndose demostrado un daño “anormal” en relación al tipo de prestación desarrollada en concreto por el deudor- resulta posible que el órgano judicial amerite la existencia de una presunción en contra del demandado, decretando consecuentemente la inversión de la carga de la prueba respecto a determinados hechos litigiosos (vgr: en relación al factor subjetivo culpabilidad).

Del mismo modo, se encuentra facultado para considerar a la conducta reticente de cualquiera de las partes (art. 163, inc. 5 del CPCN), como un indicio generador de una presunción judicial en contra de quién, violando ostensiblemente el deber de cooperación procesal, hubiera retaceado maliciosamente el aporte de elementos idóneos para la dilucidación del caso (7). Consecuentemente, el actual sistema, aunque básicamente estático y destinado genéricamente para la satisfacción del interés procesal de cada una de las partes (art. 377 del CPCN), presenta herramientas de tinte solidaria que permiten al Juez, en determinadas circunstancias específicas y aún a falta de presunciones normativas, proceder a la inversión de la carga probatoria mediante la generación de presunciones homini” (8).

IV. Obligaciones de medios asumidas por los profesionales. Carga de la prueba. Diferentes criterios.

Hemos sostenido reiteradamente que en materia de responsabilidad por incumplimiento contractual, la clasificación de las obligaciones en “de medios o actividad” y de “resultados o fines” tipifica la *summa divisio* de los sistemas subjetivos y objetivos aplicables en dicha área. Como corolario de lo antes expuesto fluye notoriamente que en las hipótesis de incumplimiento de los deberes calificados de actividad, el factor de atribución del daño es el subjetivo de la culpabilidad.

Opuestamente, en las de resultado, el factor apositivo es la garantía. Como complemento de lo antes expuesto debe considerarse que en los últimos años ha sido tan avasallante el criterio de objetivación en materia de responsabilidad contractual que, en la actualidad, tanto en doctrina como en jurisprudencia, el sistema subjetivo resulta manifiestamente residual dado que sólo se consideran como obligaciones “de

medios” a los deberes primarios asumidos por los médicos (excepto en las especialidades de cirugía estética y anatomopatología) y abogados (por su actividad procesal en defensa de alguna de las partes) (9).

Es decir que la responsabilidad subjetiva negocial se halla en la actualidad acotada a la responsabilidad profesional de médicos y abogados -con las excepciones expuestas- por violación de las obligaciones de actividad asumidas frente a los acreedores de sus respectivos servicios.

Explicado ello cabe entonces abordar a ese respecto el tema específico, cual es el de la distribución de la carga probatoria de dicho factor subjetivo, en las mencionadas áreas de la responsabilidad profesional de fuente contractual. Adelantamos que a ese respecto se ha generado, desde mucho tiempo atrás, una ardua controversia.

En la próxima edición de Argentina Praxis Médica efectuaremos un pormenorizado análisis de los diferentes criterios que han sido históricamente sustentados a tal efecto:

1. Doctrina que impone la carga probatoria de la culpabilidad al actor, excepto presunción normativa en contrario.
2. Tesis que sustenta la inversión de la carga probatoria de la culpabilidad en materia de responsabilidad profesional. Su fundamentación.
3. Teoría que sostiene la inversión limitada de la carga probatoria de la culpabilidad: daño anormal.
4. Tesis que propugna la inversión lisa y llana de la carga probatoria de la culpabilidad en materia de responsabilidad de los profesionales. Doctrina de las cargas probatorias dinámicas.

Además un capítulo sobre el Proyecto de Código Único del año 2012. Inversión sistemática de la carga probatoria de la culpabilidad en contra de médicos y abogados. Su inconstitucionalidad. **APM**

- (1) Michelli, “La carga de la prueba”, Bs.As, Edit. Ejea, 1961, pag 76/9.-
- (2) Devis Echandía, H. “Teoría general de la prueba judicial”, 3ra. Ed.Bs.As, 1974, Ed. Victor P. de Zavalia, T.I, pag. 129 y 420,449.-
- (3) SCBA, Ac. y Sent.1973, vol. II, pag. 811; Idem JA-23-460.-
- (22) SCBA, Ac y Sent. 1960, v.III, pag.23; idem 1968, v.I, pag.1012, DJBA, v.76, pag.233; Cam Nac. Civil, Sala D, ED- 100-297.-
- (4) Palacio, Lino, ob.cit. pag.348/9.-
- (5) Morello, Augusto M, “La prueba- tendencias modernas”, pag.57.-
- (6) Cam.Nac. Civil, Sala D, “FRM c/ Hospital Ramos Mejía”, voto del Dr.Bueres, JA, rev.del 18-4-90; Idem IV Jornadas Sanjuaninas de der. Civil, Agosto de 1989, Comisión “Responsabilidad de los profesionales”, tema 5, punto 6 del despacho de lege lata; Idem V Jornadas Rioplatenses de Derecho”, San Isidro, Junio de 1989; Andorno, Luis O. “Responsabilidad civil médica”.- Deber de los facultativos.- Valor de las presunciones judiciales, en comentario al fallo citado de la C mara nac.civ. Sala D; Cam.nac.Fed. Civil y Comercial, Sala I, LL-1983-D-168.-
- (7) Peyrano, Jorge W, “Valor probatorio de la conducta procesal de las partes”, LL-1979-B-1048; Idem en “ El proceso atípico”, Ed.Universidad, pag.81 y ss; Morello, Augusto M, “La prueba...” antes.cit. pag.60/61; Vazquez Ferreyra, “Prueba de la culpa médica” Ed. Hammurabi, pag.105).-
- (8) Piaggio, A, despacho en disidencia en II Congreso Internacional de Der. de daños, Comisión n.dos, despacho de lege ferenda, punto a).-
- (9) Bueres, Alberto, sda edición de “Responsabilidad de los médicos”, cit. pag. 86.-
- Morello, Augusto M, “La responsabilidad civil de los profesionales liberales y la prueba de la culpa”, en LL-1988-E-Sec.doctrina-pag.897 y 900.-



Acuerdo entre el Gobierno de Ecuador y médicos sobre un polémico artículo penal



La medida puso fin al conflicto surgido por una normativa legal que incluye la penalización por mala práctica profesional.

Después de la reunión que mantuvo el presidente de Ecuador, Rafael Correa, con personal sanitario y otras autoridades gubernamentales, los médicos aceptaron poner fin a las protestas que habían convocado para oponerse al inciso tercero del artículo 146 del nuevo Código Orgánico Integral Penal, COIP.

Ese párrafo se refiere a duras sanciones penales cuando concurren acciones “peligrosas, innecesarias e ilegítimas” en la práctica profesional.

El Ejecutivo se comprometió a aclarar dicho inciso con una cláusula interpretativa de la que se encargará la Corte Nacional de Justicia.

Según explicó a la prensa el rector electo de la Universidad Central, Fernando Sempertegui, en el diálogo se aclaró que la aplicación de penas por la mala práctica profesional se dará sólo cuando concurren en conjunto las tres acciones determinadas en el inciso: “peligrosas, innecesarias e ilegítimas”.

Gremios de médicos y políticos opositores habían expresado el temor de que el castigo fuera

ordenado cuando se diera cualquiera de esas cláusulas, aunque el gobierno aclaró que las tres deben ser concurrentes para que se pueda determinar una pena.

En opinión de la ministra ecuatoriana de Salud, Karina Vance, “ha habido una interpretación equivocada del artículo”, pero dijo que es mejor para todos “que se lo pueda aclarar”.

La Federación Médica de dicho país, una de las asociaciones más críticas a la normativa, no participó en la reunión, aunque galenos de otras agrupaciones que sí acudieron a la cita señalaron que el acuerdo será entregado a todos los gremios del sector. **APM**

Fuente: BBC MUNDO.

http://www.bbc.co.uk/mundo/ultimas_noticias/2014/01/140130_ulnot_acuerdo_medicos_gobierno_en_ecuador_bd.shtml#TWEET1029595

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

Desayuno de trabajo con el Subsecretario de Atención a las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Tal como estaba acordado, en febrero pasado se concretó la reunión -en la sede de la Federación- del Dr. Carlos Sanguinetti, Subsecretario de Atención a las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia, y la Lic. Perla Figueroa, Directora Provincial de Prevención, con el Señor Presidente de FECLIBA, Dr. Héctor Vazzano, el Tesorero Dr. Eduardo Cardus, el Dr. Juan Carlos Polo, Integrante del Consejo Directivo, el Dr. Ernesto Badi, Asesor en Política Social, y la Lic. Marianela Spagnolo, Directora del Instituto Superior en Salud. En la misma se analizaron los mecanismos, procedimientos y formas en que la Federación puede colaborar con el Estado en las acciones para prevenir y atender los graves problemas que provocan las adicciones. Se consideró que la estructura de la Entidad con diez Distritos que cubren la geografía provincial y la actividad de sus miembros, en el diagnóstico y tratamiento de las distintas patologías que afectan al ser humano, son una genuina y válida plataforma para el lanzamiento de las acciones destinadas a la prevención y la creación de recursos humanos para conocer y tratar las adicciones, habida cuenta que además del potencial que distritalmente se puede desarrollar, se le acopla con suma envergadura el funcionamiento de los Institutos que dispone en las ciudades de Lujan, Azul y La Plata, destinados a la formación de personal de en-



fermería y otras especialidades técnicas en el arte de curar.

Se consideró la posibilidad de incluir módulos sobre prevención de las adicciones, en las actuales currículas de los cursos, como anticipo formador y promocional de futuras tecnicaturas. Con la finalidad enunciada, se acordó proyectar y suscribir un convenio para plasmar los objetivos enunciados, así como en celebrar nuevos encuentros en la Sede Central y en los Distritos. **APM**

Fuente: FECLIBA

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

 EL PROGRESO SEGUROS

 OASN
SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION
www.ssn.gob.ar
0800-666-8400

 La Territorial Vida Y Salud
Compañía de Seguros S.A.

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

La comunicación en redes sociales y el entorno de la salud *



Introducción y Motivación

Cada vez son más las personas que consultan en Internet acerca de enfermedades. Muchas organizaciones sanitarias son conscientes de ello y por eso cada vez son más las que sienten que deben estar allí donde los pacientes les necesitan.

Existen estudios sobre la penetración de redes sociales en la comunicación en salud que revelan la inquietud de hospitales, sociedades científicas, asociaciones de pacientes y profesionales sanitarios acerca de los nuevos medios, pero también nos revelan que de manera proporcional se sienten inseguros o tienen miedo a no hacerlo bien.

Con esta guía pretendemos dar un punto de apoyo al desequilibrio que supone enfrentarse por primera vez a las redes sociales desde una organización sanitaria.

Necesidades de información de los Pacientes

El derecho de los pacientes a recibir información sobre su salud es el resultado de múltiples factores como el aumento de enfermedades crónicas y el progresivo envejecimiento de la población, el interés de los profesionales sanitarios por compartir la responsabilidad de las decisiones tomadas y el incipiente movimiento ciudadano y asociativo que reclama una información de calidad en temas de salud. Y es que un paciente informado es un colaborador activo en su proceso de recuperación porque es más responsable con su enfermedad y tratamiento, lo que permite reducir los costes en visitas a urgencias, a consultas externas, en cumplimiento terapéutico.

Por tanto, el ejercicio del derecho a la información por parte de los pacientes se basa en un triple marco fundamental: **psicológico**: la cantidad y la calidad de la información facilitada a los enfermos reduce su angustia, consiguiendo así una mejor y más rápida recuperación gracias a la mayor colaboración mostrada durante el periodo de tratamiento; **normativo y legal**: este derecho a la información es recogido por la legislación de la mayoría de los países, y **ético**: los códigos deontológicos de la profesión médica reconocen el derecho a la información de los pacientes.

¿Cómo debe ser esa información? El paciente debe recibir una información clara, concreta, adecuada a sus necesidades y que no le cree falsas expectativas. Investigaciones acerca de la satisfacción con la información recibida, señalan que aproximadamente la mitad de los pacientes se sienten insatisfechos con la información que se les ha dado y otros pacientes, además de la insatisfacción con la información recibida, señalan que querrían disponer de más tiempo para hablar con su médico. La información precisa, suficiente y comprensible es determinante de una mayor satisfacción, mientras que la carencia de estas cualidades se considera un obstáculo para que los pacientes traten abiertamente sus problemas. En este marco, la información proporcionada se configura como un elemento clave, siendo uno de los aspectos de los servicios sanitarios que más expectativas genera en los pacientes.

Las necesidades de información están presentes a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, van redefiniéndose y variando en las distintas etapas. De hecho, la búsqueda de información se produce:

1. Desde que aparecen los primeros síntomas de sospecha.
2. Durante la etapa de diagnóstico y de selección de los tratamientos, los pacientes buscan información específica sobre su diagnóstico y el pronóstico.
3. En la etapa de establecer el plan de tratamiento, sentir la necesidad de conocer las diferentes opciones terapéuticas, su efectividad y los posibles efectos secundarios.
4. Tras finalizar los tratamientos, se interesan más por los efectos sobre la calidad de vida y la supervivencia.

Expectativas de los Pacientes

Las expectativas de los/as pacientes muestran el carácter de proceso, no estático de las mismas, siendo su significado y peso específico según:

- El auto-concepto del paciente, como consumidor pasivo o "ciudadano con derecho a".
- El momento dentro del recorrido asistencial.
- Las experiencias previas, imágenes y preconceptos culturales.

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

- La posición social del paciente.
 - El tipo y la gravedad de la propia enfermedad.
- De todo lo visto, los pacientes esperan y valoran:
- La importancia de trabajar las emociones (aspectos emocionales y psicológicos asociados con la enfermedad y la posibilidad de la expresión de dudas).
 - La personalización.
 - Disponer de la información necesaria (comprensible y útil).
 - Poder participar en las decisiones que les afectan.
 - Conseguir que la competencia relacional alcance los niveles que tiene la competencia técnica: más empatía, más escucha, mejor comunicación por parte de los profesionales con los pacientes (más calidad relacional con empatía, comprensión, competencia terapéutica).
 - Recibir información de calidad.
 - Ser informado con claridad antes de firmar el consentimiento.
 - Ser escuchado por el médico.
 - Recibir un trato respetuoso.
 - Tener información transparente sobre el funcionamiento del Sistema y sobre la gestión de las listas de espera.
 - Plantear la formalización del papel desarrollado por los familiares o cuidadores informales desde su función entre complementariedad y/o sustitución de servicios formales.

En ello habrá que valorar al e-paciente, que busca en internet, que entra en redes sociales, que busca información después de la consulta, que lo hace ya antes de la misma, que se baja apps.

Internet, Información, Comunicación y Salud

La principal fuente de información de los pacientes son los propios profesionales sanitarios y dentro de ellos, los médicos, aunque utilizan otras fuentes complementarias:

- Internet: destaca como herramienta informativa, aunque lo habitual es que se combine con otras fuentes.
- Otros profesionales sanitarios de su red social.
- Consulta de libros y revistas especializados o de divulgación.
- Grupos de ayuda mutua o asociaciones de pacientes.
- Interacción con conocidos diagnosticados de cáncer; entre otras.
- Actividades formativas.

Internet constituye un canal de comunicación flexible y directo, y ya sea mediante correo electrónico o participando en foros muchos pa-

cientes se comunican habitualmente con los profesionales sanitarios (los suyos u otros) o con otros pacientes, reduciendo el tiempo de espera de información entre las consultas y atenuando situaciones de incertidumbre o ansiedad gracias a la información que reciben, por ejemplo, de otras personas afectadas.

Efectos de la Información de Salud en Internet

Desde los años 90, decenas de estudios socio-sanitarios avalan que la educación del paciente crónico conlleva un mejor autocontrol de su enfermedad y, por tanto, un ahorro en los recursos, tanto en buen uso de medicamentos como de servicios de urgencias, de consultas externas y de bajas por depresión, además de una mejora en la adherencia al tratamiento y un mejor seguimiento de los estilos de vida. Existe evidencia de que las personas que utilizan Internet como fuente de información sanitaria tienden a ser más participativas en la toma de decisiones sobre su salud, y de que la participación informada contribuye a mejorar el grado de satisfacción respecto a la atención sanitaria recibida.

Existe una insuficiente alfabetización sanitaria, además una brecha digital, como en el caso de las mujeres con cáncer de mama de Estados Unidos, donde el empleo de Internet se correlaciona positivamente con las variables «nivel de ingresos», «nivel educativo» y «etnia». De todas formas, se constata una relación positiva entre el uso de Internet y el nivel de conocimiento sobre el cáncer de mama de las afectadas.

Varios estudios coinciden en que las mujeres desean disponer de información detallada sobre su enfermedad, y que cada vez más demandan un rol activo en el proceso de toma de decisiones. Un elemento fundamental del uso de Internet es el contacto con grupos en foros, blogs, plataformas que les ofrecen apoyo emocional y social. Si bien Internet no siempre es la fuente más utilizada en las fases iniciales de la enfermedad, es prácticamente la única consultada una vez finalizados los tratamientos y se incrementa de forma importante después de las consultas con profesionales sanitarios; esto puede explicarse por el mayor intervalo entre las consultas médicas desde que concluye el tratamiento.



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



Utilizando información de diversos estudios, encontramos que las percepciones con respecto a la utilidad o fiabilidad de Internet son variadas:

- Mayor conocimiento sobre la propia enfermedad.
- Utilización apropiada de los servicios sanitarios.
- Formulación de preguntas específicas a los profesionales.
- Mayor adherencia a los tratamientos.
- Mejora en la percepción de apoyo y acompañamiento social.
- Buscar información sobre terminología médica.
- Tener información sobre evolución de la enfermedad.
- Saber qué efectos secundarios, secuelas o cuidados especiales.
- Tener en cuenta las vivencia de otros pacientes.
- Usar medio de comunicación con sus profesionales sanitarios.
- Profundizar su conocimiento con el propósito de tomar decisiones respecto a los tratamientos.
- Tener un riesgo de «infoxicación».
- Desconfiar de la calidad de la información

Internet y las redes sociales pueden ayudar (bien gestionados) para mejorar la información que reciben las pacientes, además de para sentir la ayuda, la cercanía, el apoyo emocional. Existe evidencia de que las personas enfermas crónicas que utilizan Internet como fuente de información sanitaria tienden a ser más participativas en la toma de decisiones sobre su salud,

y de que la participación informada contribuye a mejorar el grado de satisfacción respecto a la atención sanitaria recibida.

Algunos estudios han intentado conocer la exactitud e integridad de la información sobre salud en la web, encontrándonos con variaciones importantes: Desde “es comprensible y útil” a “no es de fiar”. En Estados Unidos, hablando de obtener información de salud en Internet, el 92% dijo que había encontrado lo que buscaba, el 81% que había aprendido algo nuevo y el 88% que la información que encontraron mejoraba como gestionar su salud. De los que encontraron información sobre salud, el 94% dijo que era “muy fácil” o “fácil” hacerlo. Pero si la búsqueda la contrastaban los pacientes con los profesionales, el acuerdo con que era buena bajaba al 37%.

Los pacientes que miran la web están de acuerdo con sus médicos que gran parte de lo que leen en Internet no es de fiar. Sin embargo, al mismo tiempo los pacientes que visitan un sitio web y toman decisiones sobre la base de lo que encuentran en ellas, con frecuencia encuentran información que les puede ayudar a abordar mejor su dolencia o enfermedad. Si las redes sociales y páginas web pueden ser de gran ayuda para pacientes y familiares, las comunidades de pacientes virtuales se han convertido en una herramienta más en la lucha contra las enfermedades crónicas. Esta forma de gestionar la relación con el paciente podría suponer un importante ahorro al sistema sanitario.

La red social ayuda a estructurar nuestra percepción y nuestras conductas sociales, construyendo nuestra realidad. Las redes de una persona inciden directamente en su calidad de vida y en la posibilidad de que establezca una identidad social y relaciones gratificantes. En general, las redes nos sirven como una fuente de intercambio de recursos, ayuda material o emocional. Se les ha atribuido efectos importantes para la salud puesto que se parte del supuesto que las patologías no sólo siguen un desarrollo interno sino que también se ven influidas por las relaciones interpersonales.

Poseen un carácter protector de distintas enfermedades y son importantes en la recuperación de éstas. En definitiva, el siglo XXI será la era de la red de la información de salud y ello permitirá a los pacientes controlar una porción cada vez mayor de su propio cuidado. **APM**

* El presente material pertenece a la “Guía Práctica para el uso de Redes Sociales en organizaciones sanitarias”. 2013. TicBiomed. Edita: Social Media Pharma. Capítulo I “La Comunicación en Redes Sociales y el entorno de la salud”. <http://www.guiaredessocialesysalud.es/> El proyecto es una iniciativa de TICBioMed, asociación sin ánimo de lucro que impulsa el uso de soluciones informáticas para la salud. La Fundación AstraZeneca colabora con la iniciativa que está co-financiada por el Ministerio de Industria, Energía y Turismo de España, a través de los fondos FEDER.



Sociedad Odontológica
SIEMPRE UN PASO ADELANTE

- **Auxiliar en Enfermería** (1 año)
- **Enfermería Profesional** (3 años)

Certificaciones **OFICIALES**

Prácticas profesionales y pasantías rentadas
Capacitaciones y actualizaciones

E-LEARNING - capacitaciones a distancia
en **FACTURACIÓN**



**INSTITUTO
SUPERIOR
EN SALUD
FECLIBA**

Av. 7 N° 532 - La Plata
Tel. (0221) 412-9169
iss@fecliba.org.ar

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**