

APM ARGENTINA PRAXIS MÉDICA

LA REVISTA DE LA MUTUAL

Año VIII - Número 46 - Mayo/Junio de 2014 - Publicación bimensual de distribución gratuita.

WWW.LAMUTUAL.ORG.AR

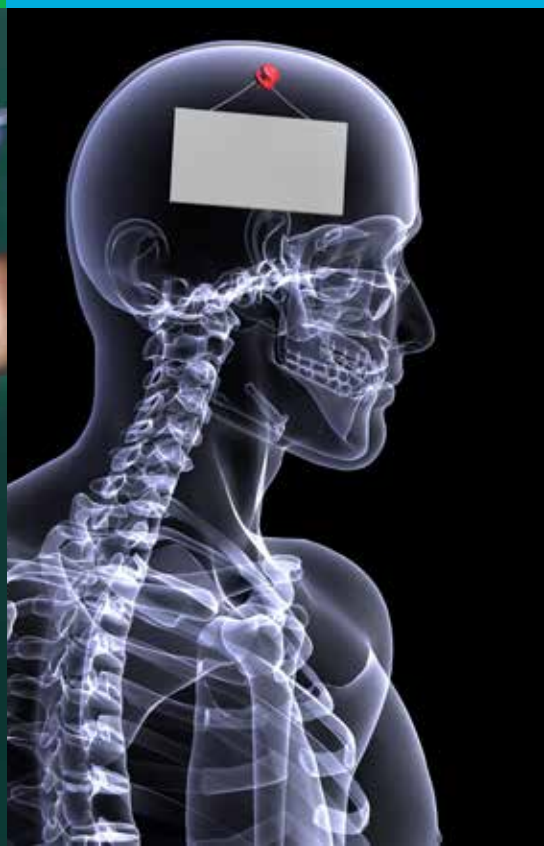
**RIESGO MÉDICO LEGAL EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**



**ERROR EN MEDICINA
Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**



**RESPONSABILIDAD PROFESIONAL
EN PSICOLOGÍA**



**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 esta edición de **Argentina Praxis Médica** compartimos una nota sobre el “error en medicina y la seguridad del paciente”.

En nuestra sección de “entrevistas online” hablamos sobre los juicios en Ginecología y Obstetricia.

También un artículo sobre responsabilidad profesional en psicología y un breve panorama internacional, con algunas noticias de lo que pasa en otros países respecto a los reclamos por mala praxis médica.

Completan este número un resumen de la entrevista emitida por el programa Pool Económico,

de la que participaron el Dr. Rafael Acevedo de La Mutual y el Dr. Mariona de TPC Cía. de Seguros; donde reflexionan sobre el consentimiento informado, la actualidad de los juicios por RP médica y el mercado asegurador en Argentina.

Por último, algunas recomendaciones sobre el “Uso seguro de equipamiento médico en las unidades asistenciales”.

Como siempre, muchas gracias a nuestros lectores.

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 Riojas 2356 – CABA.
(011) 4639-8011

Sumario

Responsabilidad Profesional en Psicología.	4
Error en Medicina y Seguridad del Paciente.	8
Juicios por Mala Praxis Médica.	11
Congreso de Redes Integradas de Servicios de Salud en España.	14
Riesgo Médico Legal en Ginecología y Obstetricia.	15
Noticias Internacionales.	16
Uso de equipamiento electromédico en unidades asistenciales.	18

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

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

Sumamos confianza a nuestros asegurados

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

+ Cobertura Extendida sin costo

+ Asistencia 0-800-TPC y Gestión del Riesgo

TPC COMPAÑÍA DE SEGUROS

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

Responsabilidad Profesional en Psicología



Los juicios por responsabilidad profesional no son ajenos al ámbito de la psicología; hoy cada vez son más los psicólogos que se ven envueltos en situaciones donde se cuestiona su desempeño profesional, aunque también son variadas las circunstancias que pueden desencadenar un litigio, entre ellas: las relaciones no profesionales con pacientes; la violación de la confidencialidad; los conflictos matrimoniales donde se disputa la tenencia de hijos; el suicidio de pacientes; los daños producidos por pacientes a terceros; los errores de diagnóstico y/o tratamiento; los conflictos en relación a los honorarios; solo por mencionar algunos.

Para conversar sobre el tema consultamos al Lic. María José Molina, Presidente de Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA) y de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA), quien nos aclara algunas cuestiones de la práctica cotidiana.

- ¿Reciben en APBA consultas de los colegas en relación a juicios por responsabilidad profesional?

En realidad en la Asociación no recibimos denuncias de juicios cuando un colega es demandado legalmente. De todas formas, la problemática de la ética está siempre presente. Quizá usted me pregunta desde el punto de vista legal y yo le contesto desde la ética... Nosotros entendemos que la responsabilidad civil puede ser analizada desde los pares, a través del Tribunal de Ética de cada una de las jurisdicciones, y también en el fuero civil o penal de la justicia. Desde aquí participamos activamente en la cuestión de las transgresiones éticas.

- ¿Cuáles son los principales motivos de queja?

En el caso de la APBA, por lo general tienen que ver con malas prácticas o ausencia de buenas prácticas, por ejemplo, cierta falta de respeto o desconsideración hacia el consultante. En otros casos puede darse la situación de padres divorciados, donde hay una cuestión de disputa de poder sobre los hijos, donde el psicólogo queda en el medio y alguna de las partes lo denuncia.

No ha sucedido en nuestra asociación, pero sabemos que también existe la violación del secreto profesional en los informes que un profesional puede emitir, por ejemplo, para un juzgado (pericia), una escuela u otro profesional.

- Los psicólogos trabajan con una herramienta muy particular: la oralidad. En este sentido, ¿cómo debe realizarse el registro formal de lo que sucede en una sesión sin transgredir el límite del secreto profesional? Tal como lo establece ley 26.529 de derechos

del paciente, que también nos alcanza a los psicólogos, el registro queda en la historia clínica y es totalmente distinto de los papeles de trabajo que pueda tener el profesional (todo aquello que puede requerir para su trabajo y que no va en la historia clínica), justamente para preservar la confidencialidad, que es uno de los pilares de la profesión.

- Y ante un eventual secuestro de historia clínica estos "papeles" están exentos de ser entregados...

Si la documentación no viola el secreto profesional puede formar parte de la historia clínica. Esto va a depender de la situación particular, de qué es lo que se pida o pregunte, y cuál es el contexto.

- En el caso de la historia clínica formal, ¿qué información básica debería contener para estar completa, sobre todo teniendo en cuenta su importancia y valor probatorio en caso de un juicio?


Nosotros seguimos el modelo que realizó la Federación de Psicólogos, el cual se adecuó a algunas peticiones de la ley 26.529. En líneas generales, en ella debe figurar: motivo de consulta, datos de los familiares, edad, diagnóstico presuntivo, plan terapéutico, interconsulta, consentimiento informado. En realidad es bastante parecida a la historia clínica médica, con la diferencia de que –en principio– no tiene análisis o estudios complementarios, a menos que se trate de una patología psicósomática y el psicólogo pida una interconsulta con un médico, que amerite que sea incluida en la historia clínica.

- ¿Hay alguna situación que requiera de la implementación del consentimiento informado, firmado de puño y letra del paciente, como es el caso de las intervenciones quirúrgicas en medicina?

Todas nuestras prácticas requieren del consentimiento informado, no necesariamente firmado de puño y letra. En algunos casos está firmado (no hay nada que obstaculice a que así sea) y en otros casos simplemente consta en la historia clínica que se solicita el consentimiento, que la persona lo da y alentamos a que no se transgreda la información, o sea, que no se mienta. Pero todas las prácticas que realizamos requieren del consentimiento del paciente.

- ¿Cómo funciona el Tribunal de Disciplina ante un reclamo por una mala práctica?

Se recibe la denuncia y una vez formalizada hay plazos para presentar pruebas. El denunciado es convocado para que también ofrezca su descargo y explicación. Se le realizan peri-



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

HDI
Seguros

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

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

Descubra nuevas soluciones de protección

Estimado Socio:

Sabía usted que...

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

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

Ley de Contrato de Trabajo (N° 20.744)

■ Cobertura

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

■ Determinación de la Suma a Indemnizar

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

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

Para mayor información sobre estas y otras coberturas contáctese con:

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

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



cias a ambas partes y puede haber entrevistas. El tribunal puede pedir las pericias y designar a alguien para que las realice. Hay un plazo para dictar sentencia, la que puede ser apelada ante los tribunales civiles ordinarios, como cualquier otro procedimiento.

- ¿De qué herramientas se vale el psicólogo para su defensa?

Principalmente de su práctica y sobre todo del registro que haya hecho en la historia clínica. La base de la existencia de la práctica sigue siendo la historia clínica, sobre todo cuando tiene que dar cuenta de lo que hizo.

- ¿Es habitual recibir denuncias o quejas por errores de diagnóstico o tratamiento?

Es difícil que el diagnóstico sea errado. Lo que puede haber son gradientes en el diagnóstico que sean equivocados (que alguien diga que una situación es mínima y resulta que en verdad es de una gravedad mayor). Pero que sea equivocado no es habitual, porque se trata de diagnósticos deducibles, esto es, si se parte de premisas falsas se llevará a diagnósticos falsos, lo que sería un error muy grosero.

En cuanto a los errores en el tratamiento, más bien se trataría de "ineficacia en el tratamiento". En todo caso el error sería una ineficacia, por ejemplo, no hacer lo que hay que hacer en el momento en que hay que hacerlo, o hacer más (o menos) de lo que hay que hacer. Esto también sería una impericia por parte del profesional.

Algo así puede tener una consecuencia que demore -o que interfiera- en el acceso a la salud de la persona. Esto sí puede tener consecuencias para el paciente, incluso económicas,

que originen un reclamo. De todas formas no se trata de una situación insalvable.

- ¿Cómo se maneja la cuestión del secreto profesional en el caso de pacientes de alto riesgo, como por ejemplo un paciente con rasgos o tendencias suicidas o que manifiesta deseo de agredir a un tercero?

En primer lugar en estos casos el profesional debe apelar a la familia o redes de contención del paciente en cuestión. La ley de Salud Mental habla del riesgo cierto inminente, que puede ocurrir en la apreciación diagnóstica que hace el profesional sobre lo que le pasa al consultante. Si llega al consultorio una persona amenazando con suicidarse o matar a alguien, el profesional no puede guardar ese secreto porque hay otras legislaciones que lo interpelan a actuar en directa consonancia.

En estos casos también es muy importante la interconsulta con un psiquiatra, y si el paciente ya está siendo atendido hay que contactar al profesional para ver qué pasa con la medicación, etc.

Si el riesgo sigue o el paciente está solo se procede a la internación (Ley 448 de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires. Capítulo III, Internación Involuntaria: Artículo 29°.- La internación involuntaria de una persona procede cuando mediere situación de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros).

- ¿Qué particularidad presente en la práctica el caso de los pacientes que deciden abandonar una terapia o tratamiento?

El paciente tiene derecho a interrumpir el tratamiento, más allá de que nosotros consideremos lo contrario. Una cosa es que lo interrum-



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)

pa para no seguirlo y otra que lo haga para continuar con otro profesional.

Principalmente lo que debe hacer el profesional es tratar de convencerlo de que debe atender su salud. Todo esto debe constar en la historia clínica, cuestión de que el riesgo posterior lo asuma quien toma la decisión. Como profesionales tenemos el deber de alertarlo y advertirlo del riesgo de la interrupción, que incluso puede tener que ver también con la toma de medicamentos y no solamente con la terapia.

- Y qué pasa con aquellos pacientes que no quieren dejar la terapia pero se ven imposibilitados de pagar la misma...

Lo más lógico sería derivarlo al hospital, o reducirle los honorarios o la frecuencia de la terapia, entre otras opciones... Lo que no se puede hacer es decirle al paciente "no lo atiendo si no me puede pagar" porque sería abandono de persona. Por eso, en estos casos, lo que corresponde es que el profesional se maneja con criterio ético.

- Para finalizar, hoy existe una tendencia generalizada a exigir resultados, "favorables e inmediatos", sobre todo cuando se paga por un servicio, una prestación o atención... ¿Este fenómeno se trasladable al ámbito de la psicología?

Nuestra práctica no es de resultados y por eso está bien indicarlo o hacerlo formar parte del consentimiento informado. El paciente llega a la consulta, el profesional ofrece su experiencia, saber y práctica, lo que implica que ese paciente va a tener que venir X cantidad de veces, abonar X cantidad de dinero y sobre todo que estará dispuesto a colaborar con el profesional. Se trata de advertirle de que las cosas no cambian rápidamente, como quizá la persona (o incluso el profesional) quisieran. El punto es explicar desde el principio en qué consiste la terapia. Esto integra el consentimiento informado: la persona consiente o acepta que lo que está iniciando no tiene resultados previstos. **APM**

El Consentimiento Informado

- Los psicólogos deben obtener consentimiento válido tanto de las personas que participan como sujetos voluntarios en proyectos de investigación como de aquellas con las que trabajan en su práctica profesional. La obligación de obtener el consentimiento da sustento al respeto por la autonomía de las personas, entendiendo que dicho consentimiento es válido cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente y con capacidad para comprender los alcances de su acto; lo que implica capacidad legal para consentir, libertad de decisión e información suficiente sobre la práctica de la que participará, incluyendo datos sobre naturaleza, duración, objetivos, métodos, alternativas posibles y riesgos potenciales de tal participación. Se entiende que dicho consentimiento podrá ser retirado si considera que median razones para hacerlo.

- La obligación y la responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el sujeto da su consentimiento incumben al psicólogo responsable de la práctica de que se trate. Esta obligación y esta responsabilidad no son delegables.

- En los casos en los que las personas involucradas no se encuentran en condiciones legales, intelectuales o emocionales de brindar su consentimiento, los psicólogos deberán ocuparse de obtener el consentimiento de los responsables legales.

- Aún con el consentimiento de los responsables legales, los psicólogos procurarán igualmente el acuerdo que las personas involucradas puedan dar dentro de los márgenes que su capacidad legal, intelectual o emocional permita y cuidarán que su intervención profesional respete al máximo posible el derecho a la intimidad.

- En los casos en los que la práctica profesional deba ser efectuada sin el consentimiento de la persona involucrada, como puede ser el caso de algunas intervenciones periciales o internaciones compulsivas, los psicólogos se asegurarán de obtener la autorización legal pertinente y restringirán la información al mínimo necesario.

- El consentimiento de las personas involucradas no exime a los psicólogos de evaluar la continuidad de la práctica que estén desarrollando, siendo parte de su responsabilidad interrumpirla si existen elementos que lo lleven a suponer que no se están obteniendo los efectos deseables o que la continuación podría implicar riesgos serios para las personas involucradas o terceros.

Fuente: Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPPA).

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

Error en Medicina y Seguridad del Paciente



Compartimos algunas reflexiones sobre el error en medicina y la seguridad del paciente surgidas de una charla con el Dr. José M. Ceriani Cernadas, Prof. Asociado de Pediatría, Coordinador del Comité de Seguridad del Paciente del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) y Editor Archivos Argentinos de Pediatría de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Error: Habitualmente es definido como un acto no intencionado, por omisión o comisión, que es inadecuado para el efecto o resultado que se pretende.

Hay una tendencia a suponer que iatrogenia y error son sinónimos, aunque sin embargo no es así, ya que muchos errores (la mayoría) no causan daño, que es el elemento que define la iatrogenia. No obstante, debemos tener en cuenta que un porcentaje muy alto de los actos iatrogénicos deriva de un error.⁽¹⁾

Principales dificultades ante el Error

Uno de los problemas más importantes es “la cultura” ante al error. Sin cambio de cultura ninguna estrategia resulta útil. Si se niega el error, como lo ocultó la medicina tantos años, no se puede aprender de los mismos. Antes el enfoque estaba basado en la persona: se identificaba al que había cometido el error y se lo echaba

de la institución. Era un ambiente de trabajo punitivo, en el que nadie se animaba a declarar un error porque lo castigaban.

Si bien hemos avanzado en todos estos años, el cambio de cultura no se ha completado. Muchos médicos todavía no han reconocido la magnitud de los errores y por lo tanto no comienzan a gestar el cambio. Si no se entiende la magnitud de un problema, tampoco se genera nada nuevo.

El cambio de cultura no solo significa aceptar sino ir construyendo las estrategias de prevención y análisis.

Comité de Seguridad del Paciente

El Comité de Seguridad del Paciente, por la propia complejidad de la medicina y del ambiente hospitalario, debe ser multidisciplinario. Por ejemplo, el del Hospital Italiano de Buenos Aires, independiente de mi coordinación, está constituido por 20 profesionales de varias de áreas, como: farmacia, enfermería, laboratorio, anatomía patológica, imágenes, clínicos, cirujanos y pediatras. El mismo trata de representar a casi todos los estamentos del hospital.

El Comité se reúne una vez por mes y mantiene una comunicación fluida a través de correos electrónicos, mensajes, reenvío de artículos de interés, etc. Además tiene algo muy novedoso: una vez al mes hacemos un “Ateneo de Seguridad del Paciente” donde se brindan conceptos teóricos, nuevas estrategias, y además se comparten relatos de errores reales a través de la medicina narrativa. Cuando se narra un error el impacto es muy grande y no se olvida jamás.

El registro y la documentación del error

Existen sistemas institucionales de comunicación de errores que pueden ser variados. Un ejemplo: en el Departamento de Pediatría del Hospital Italiano usábamos (año 2001) urnas y pequeños folletos con toda la descripción posible del error, que también incluía un ítem sobre si el mismo había sido comunicado a los padres y se había anotado en la historia clínica.

Esto es lo que se llama un reporte anónimo, lo que marca el fin de la cultura punitiva, porque en ninguna parte figuraba el nombre de la persona. Luego, cuando creamos el Comité General de Seguridad del Paciente del HIBA, al poco tiempo se empezó a usar la tecnología a través de la intranet. En ese momento confiábamos demasiado en la tecnología y notamos que el reporte de errores era escaso. En 2011 hicimos una revisión y buscamos las causas por las cuales pocas enfermeras estaban reportando errores. Sucedió que las enfermeras entraban menos al sitio de internet, que tenían largas jornadas de trabajo, que algunas vivían muy lejos y salían



Sociedad Odontológica
SIEMPRE UN PASO ADELANTE



apuradas a buscar a sus hijos; es decir, que tenían (tienen) una tarea muy ardua. Las enfermeras son clave en todo el proceso de seguridad, sobre todo en lo relacionado con los errores de medicación, porque son quienes la administran. Cuando investigamos qué pasaba en el office de enfermería nos manifestaron que “extrañaban las urnas”, donde el reporte estaba facilitado y era más rápido de realizar. Entonces volvimos a trabajar con las urnas y habilitamos un correo electrónico exclusivo y confidencial del Comité de Seguridad, más un número telefónico en el que responde un contestador y donde se puede dejar mensajes. De este modo abrimos las vías de comunicación y generamos una mayor difusión. Actualmente hay un reporte de 40 o 50 errores por día, número que se acerca mucho más a la realidad. No todos los profesionales se animan o tienen la predisposición de hacer el reporte; todavía cuesta entender que si comunican el error van a evitar muchos daños en futuros pacientes.

Por qué comunicar el error

Comunicar el error sirve para asentar un ambiente de trabajo sin punición, sin culpa; generar un punto importante para cambiar la cultura, es decir, que todos nos equivocamos y debemos ser más humildes –en especial los médicos, que no siempre hemos cultivado la

humildad-; y por otra parte –no menos importante- nos permite conocer el error.

Ante un error puede suceder:

1- Que el error no llegue al paciente gracias a la acción de alguna barrera defensiva (cuasi error). Gran parte de la tarea del Comité de Seguridad es crear estas barreras: sistemas que eviten el error humano.

2 - Cuando el error llega al paciente hay 3 posibilidades: los efectos sobre el paciente son ninguno o leves; los efectos son moderados; o los efectos son graves (que incluyen la muerte). Los graves se llaman “eventos centinela” y de ellos se realiza un análisis causa-raíz, es decir, un análisis muy profundo de cómo ocurrió el error, qué falló en el sistema, qué falló en el ser humano, qué falló en otras áreas, como por ejemplo, la comunicación.

La comunicación deficiente es una de las principales causas de errores que producen daño. En medicina, los médicos han sido tradicionalmente bastante individualistas, confiaban en su formación y a lo sumo compartían algo con su equipo pero no con otros equipos del hospital. Para que la seguridad del paciente cubra como un manto a toda la institución, la comunicación intra-equipo y entre-equipos tiene que ser muy fluida. Este es un tema al que se le está dando muchísima importancia en los últimos años.

Otra tarea muy importante del Comité de Seguridad es la función docente y de educación,



La red social de **salud**

Regístrese gratis en www.yaampi.com

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







que debe comenzar antes de que se reciban los profesionales. También sirve hacer rondas, porque es necesario trabajar en terreno y no en aspectos exclusivamente teóricos.

Dentro de las actividades del Comité está incluido algo sumamente interesante: un programa que surgió en Estados Unidos y que ha ido tomando difusión: "Hacer socios a los pacientes". Esto es algo fundamental porque el paciente está interesado en que le vaya bien y el médico y la enfermera también. En el HIBA, hemos tomado como ejemplo ese programa e hicimos una investigación, donde se hizo un estudio cualitativo y cuantitativo sobre pacientes adultos hospitalizados. Por un lado, un formulario con 17 ítems sobre cómo había sido la percepción en relación a la seguridad. La otra parte consistió en grabar la conversación con los pacientes y familiares. Los resultados preliminares: casi el 90% de los pacientes no sabían la medicación que le estaban administrando porque los médicos y enfermeros no se lo informaron. Esto demuestra que siguen teniendo confianza infinita en el médico, que por un lado es bueno porque sin ella no hay relación, pero también muestra debilidades en el sistema. Los pacientes tienen que ser considerados socios, hay que darles más poder para que puedan defenderse o estar seguros de que el tratamiento es seguro.

El error y el riesgo médico-legal

Dentro del cambio de cultura lo que más cuesta actualmente es comunicar el error a los pacientes. En el año 2007, el New York Times, publicó una editorial cuyo título era muy provocativo: "Cuando los médicos ocultan los errores".

El tema legal siempre surge porque los médicos tienen miedo. Está demostrado que cuando los médicos han sido honestos, han comunicado a la familia, no han restringido sus emociones y han manifestado que están preocupados y que sienten lo que ha ocurrido y que van a hacer todo lo posible para detectar por qué se produjo el error, etc.; los juicios son casi inexistentes.

Hay muchos estudios sobre el tema y las encuestas a pacientes demuestran que los que más litigan son aquellos pacientes a los que no se les explicó lo qué sucedió, o no se respondieron sus preguntas, les mintieron u ocultaron información. Esos pacientes, luego de un tiempo, son suelo fértil para llevar adelante un juicio.

La comunicación del error al paciente

El que debe comunicar es el médico. De ser posible debe hacerlo con otro profesional. Siempre es mejor que haya dos personas, porque como dice el refrán "a las palabras se las lleva el viento" o se pueden tergiversar.

El error hay que comunicarlo lo más pronto posible para no abrir la posibilidad de que llegue por otra vía. La entrevista debe ser en un lugar adecuado, no en un pasillo, explicando con absoluta sinceridad lo que pasó y eligiendo las palabras más apropiadas: un lenguaje llano, que se entienda. Por ejemplo decir: "Por error, su hijo recibió una dosis más alta de la que debía recibir". Es necesario explicar detalladamente cuáles pueden ser los posibles eventos adversos, cómo se supone que puede ser la evolución, explicar también que el médico y su grupo de colaboradores van a hacer un estudio profundo de por qué ocurrió el error, hacer hincapié en que se les va a brindar todas las novedades que haya, darles un teléfono y responder las llamadas. Por lo general, la reacción inicial del paciente o la familia es de enojo, no pueden entender cómo se pudieron equivocar, porque la gente todavía piensa que los médicos son infalibles. Pero este accionar, se puede controlar o "palear" con confianza. Muchas veces los pacientes no quieren saber nada y se van dando un portazo. Pero pasados unos días regresan y hay que volver a conversar con ellos. Poco a poco la conducta va cambiando e incluso hasta se sienten acompañados por el médico, que fue tan honesto en decirle todo. Esa es la única actitud que vale. **APM**

¹Ceriani Cernadas, José (2001), en El Error en Medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. Buenos Aires, Archivo Argentino de Pediatría. Link: http://www3.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2001/arch01_6/522.pdf



Asociación de Clínicas
y Sanatorios Misiones Sur

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

Juicios por Mala Praxis Médica

El Dr. Rafael Acevedo, Gerente General de Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional, y el Dr. Fernando Mariona, Director de TPC Compañía de Seguros, participaron del programa televisivo Pool Económico, donde analizaron el escenario judicial vinculado a los reclamos por mala praxis médica. Durante el mismo abordaron temas como el consentimiento informado, eventos adversos, cantidad y monto promedio de las demandas, entre otros. En esta edición de APM les acercamos un resumen de la entrevista realizada a los especialistas.

Algunas consideraciones en torno al consentimiento informado

· Nota aclaratoria: Tal como informáramos en nuestra última edición de APM, la RESOLUCIÓN N° 561/2014 emitida por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (SSS) establecía un "Modelo de Consentimiento Informado Bilateral". Posteriormente, la RESOLUCIÓN 784/2014 dispuso dejar sin efecto la obligatoriedad en el uso del referido modelo, el cual pasa ahora a ser de uso facultativo por los prestadores de salud.

Dr. Mariona: El trabajo que había realizado la SSS en relación al consentimiento informado tenía varios aspectos a analizar. En la ley de derechos del paciente ya estaba instrumentada la cuestión del consentimiento informado, un viejo tema en el mundo de la medicina, y que no es nada más ni nada menos que plasmar en un documento la transmisión de la información que hace el médico hacia el paciente para pedirle permiso de realizar en su cuerpo y en su salud el tratamiento que le está proponiendo, con la idea de curarlo.

El departamento jurídico de la SSS desarrolló un modelo de consentimiento porque la ley de derechos del paciente –y su reglamentación– decía que la SSS haría todo lo posible para ver

cómo se instrumentaba el mismo. Creo que en ese punto se perdió la oportunidad de hacer un trabajo de interacción entre varias áreas, tanto del derecho como de la medicina. La primera resolución emitida decía que el modelo de consentimiento informado debía ser de uso obligatorio, pero 30 días después otra resolución dijo que era voluntario.

- ¿El consentimiento informado es un escudo eficaz para evitar potenciales juicios o demandas por mala praxis médica?

Dr. Acevedo: El consentimiento informado forma parte de la historia clínica y de alguna manera refleja que ha habido una buena relación médico-paciente. Es obligación del profesional informarle al paciente el diagnóstico, las alternativas terapéuticas, por qué sugiere determinado tratamiento dentro de esas alternativas terapéuticas si las hubiere, cuáles son los riesgos y complicaciones que pudieran haber en el curso de su ejecución y cuáles son las pautas de alarma que se deben tener en cuenta y lo que puede pasar si no acepta el tratamiento.



Desde 1898 un Progreso Seguro...

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

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

 EL PROGRESO SEGUROS

 SSN
SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN
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



- Pero los pacientes nunca leen los consentimientos informados...

Dr. Acevedo: Ese es otro punto. Muchas veces el consentimiento informado no es lo que debería ser en la práctica: un proceso de información que brinda el médico al paciente, tiempo antes de llevar a cabo la intervención quirúrgica, y que termina con lo que se conoce como la instrumentación escrita.

Por un lado la obligación del médico es informar; y si informa bien es el propio paciente el que asume los riesgos del procedimiento médico. Desde ese punto de vista es fundamental que el profesional de la salud, para no asumir una responsabilidad por su omisión, celebre este instrumento, en cuyo caso es el paciente quien corre con los riesgos de la práctica médica.

En cuanto a la forma en que se lleva a cabo, muchas instituciones de salud siguen informando minutos antes de la cirugía, a través de la persona que se ocupa de la admisión del paciente. Se trata de que esto no ocurra así y que sea el profesional médico quien brinde la información, conteste las preguntas en términos claros y sencillos como lo pide la normativa; y a resultados de eso sea el paciente el que libremente decida si presta conformidad o si rechaza el tratamiento, lo cual también es una decisión plenamente válida.

Dr. Mariona: El consentimiento debería ser previo. El modelo de la SSS daba muchos espacios en blanco para que el médico pudiera escribir. Además la exposición de motivos de la resolución decía que de alguna manera se

obligaba a que fuera el médico el que escribiera en esos espacios en blanco aquello que le estaba informando al paciente. También había otros aspectos, por ejemplo, que el mismo se realizara en doble ejemplar (una copia para que el paciente pudiera releerlo) y que tuviera la firma del médico, porque en la gran mayoría de los casos el consentimiento no tiene la firma del profesional, con lo cual no se puede demostrar que fue realmente el médico el que le brindó la información.

El panorama en relación a los juicios

- ¿Qué está pasando hoy con la litigiosidad que están afrontando las aseguradoras que brindan cobertura de praxis médica?

Dr. Mariona: La situación sigue en la misma línea, lo que se ha incrementado es la severidad en cuanto al monto de las demandas.

- ¿Cuánto es el monto promedio de demanda?

Dr. Mariona: Hoy el monto promedio de demanda ronda los 650/750 mil pesos. No hay que olvidar que para el asegurador el monto del juicio tiene una limitación a través de la suma asegurada. Nosotros hoy estamos manejando un juicio de 60 millones de pesos, pero la suma asegurada máxima es de un millón y medio de pesos, con lo cual eso nunca va a impactar. Lo que ocurre es que en esos 60 millones de pesos están comprendidos entre 30 y 40 millones del costo de rehabilitación de una persona que ha quedado cuadripléjica como consecuencia de un acto anestésico donde se cometió un error.

- ¿Y cuál es la brecha que hay entre el monto demandado y el monto pagado una vez dictada la sentencia?

Dr. Acevedo: Según nuestros registros, sobre la casuística que analizamos, el monto demandado promedio de condena oscila los 220 mil pesos; es decir, un tercio aproximado del monto de demanda. Lo que históricamente ha existido es una situación donde las instituciones de salud, y más aún los profesionales, tienen contratadas coberturas asegurativas por sumas aseguradas bastante inferiores a lo que es su exposición, de acuerdo al riesgo que en-



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



frentan. Hubo una pequeña mejoría en ese aspecto en los dos últimos años donde se han actualizado las sumas aseguradas, fundamentalmente a nivel de instituciones de salud. Este fenómeno viene más que nada de la mano de un trabajo de las aseguradoras y no tanto de una toma de conciencia de las instituciones o profesionales.

Por un lado la Superintendencia emitió -hace dos años aproximadamente- una resolución que establece un mínimo de suma asegurada para los profesionales de salud en 120 mil pesos, y eso ayudó a que de alguna manera las instituciones de salud incrementasen los valores promedio de suma asegurada. Igualmente, por el proceso inflacionario y porque la tasa activa ha pasado a ser la tasa de aplicación en más del 70% de las jurisdicciones de nuestro país -salvo en la provincia de Buenos Aires, con algunas excepciones- hace que estemos frente a una situación donde la póliza no le resuelve todo el problema a la institución de salud, porque la suma asegurada que generalmente contrata la institución es insuficiente frente al riesgo que asume, y a su vez la prima que pagan las instituciones de salud no le cubre todo el riesgo a las aseguradoras, porque estamos en un país donde la prima que se paga está muy por debajo de los estándares internacionales. Un ejemplo: una clínica en Bogotá, por la misma suma asegurada (dolarizada) paga 3 veces más de prima que acá; y en los Estados Unidos 10 veces más. Esto va de la mano de que los resultados técnicos no siempre son los que el conjunto de asegurables y aseguradoras esperarían, si hubiese una prima que fuese suficiente no solo para brindar asistencia legal -que es lo que muchas instituciones de salud buscan- sino también para efectivamente hacer frente a condenas cuando no haya sido posible arreglar el pleito.

- ¿Cuántas de las demandas llegan a juicio y cuántas se cierran en acuerdo extrajudicial?

Dr. Acevedo: Cerca del 25% de los juicios en trámite son objeto de una transacción en el marco del pleito. El monto promedio de arreglo oscila entre el 55-60% de lo que sería ese caso con una sentencia judicial. Lo que también se produce es que previo al juicio, en una instancia prejudicial, hay un porcentaje significativo de arreglos que va del 18 al 22% de los casos, si hay una actitud proactiva de la aseguradora en trabajar la mediación. En estos casos, el monto promedio de arreglo ronda los 35-40 mil pesos. Entre el 5 y el 7% de los eventos adversos tratados en forma inmediata, con prevención sobre los efectos inmediatos, después se transforman en un juicio; es decir que todo lo que se haga para minimizar las consecuencias de estos hechos redundará en una ventaja económica para las aseguradoras y todos los operadores del sistema de salud, porque los eventos adversos tratados en forma preventiva y proactiva en la relación médico-paciente y en el manejo de la documentación, generalmente no llegan a juicio.

- ¿Cuánto tiempo pasa entre el acto médico y la demanda?

Dr. Mariona: Es muy variado, puede ser dos días, ocho meses, dos años... En los últimos años este tiempo se aceleró muchísimo.

Dr. Acevedo: El reclamo para que la prescripción baje de 10 a 2 años que históricamente solicitó el sector de la salud hoy no produciría ninguna mejora desde el punto de vista corporativo, porque el 70% de las demandas se inician en los primeros 18 meses. **APM**

Fuente: Pool Económico.
Para ver la entrevista online:
<http://www.pool-economico.com.ar/nota-1522.html>

Congreso de Redes Integradas de Servicios de Salud en España



Con fecha 19 de junio y organizado por OEHSS, Organización Española de Hospitales y Servicios de Salud, se inauguró el Congreso de RISS de la OIPSS (Organización Iberoamericana de Prestadores de Servicios de Salud). Del acto inaugural participaron el Presidente reelecto de OIPSS, Dr. José Soto Bonel, el Presidente de la FLH (Federación Latinoamericana de Hospitales), Sr. Norberto Larroca, el representante de la OISS, Dr. Carlos Garavelli, el Presidente de la Federación Latinoamericana de Administradores de Salud, Dr. Oscar Ressler y el Presidente de la Fundación Bamberg, Dr. Ignacio Para Rodríguez Santana.

Tras las palabras de bienvenida y agradecimiento, se pasó la primera Sesión sobre Calidad y Seguridad del Paciente en las Redes Integradas de Servicios de Salud, coordinada por el Dr. Carlos Tomás, Presidente de la Asociación Portuguesa de Ingeniería y Gestión de Salud de Portugal y con la participación como ponentes, del Dr. Héctor Salvador Vazzano, Presidente de FECLIBA y Director Ejecutivo de OIPSS y FLH, el Dr. Antonio Burgueño Carbonell, Gestor Sanitario de España, el Dr. Ramiro Narváez, Presidente de la Asociación Boliviana de Hospitales y Mirta Tundis, Presidente de la Comisión de Personas Mayores de la Cámara de Diputados de la Nación Argentina.

Luego de la exposición de todos los panelistas se produjo un amplio intercambio sobre las realidades Sanitarias de los países representados y las problemáticas del tema en tratamiento.

Concluido un intervalo, se continuó con la Segunda Sesión, moderada por el Dr. Oscar Ressler sobre Telemedicina y Redes Integradas de Servicios de Salud, contando como ponentes con el Dr. Carlos Noceti, Presidente de la CAES (Cámara Argentina de Empresas de Salud); Dra. Dorys Sarasty Rodríguez, Vicepresidente de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, Dr. Dagoberto García, Presidente de la Asociación de Clínicas de Jalisco y Pedro Mariezcurrena, jefe de Asesoría Jurídica de la Cámara Argentina de Diputados de la Nación Argentina.

Las conclusiones estuvieron a cargo del Dr. Garavelli y la clausura del Dr. Juan José Rubio, Gerente del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea.

Luego los participantes se trasladaron a la Mancomunidad de La Ribera en Tudela, para la conferencia del Dr. Bartolomé Beltrán, Miembro del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad – Director de Prevención y Servicios Médicos de Aresmedia, sobre “Ser Médico Hoy”. **APM**

FECLIBA junto a más de 30 entidades internacionales suscribieron un acuerdo por la Calidad y Sostenibilidad del Sistema Sanitario

En el marco de la competencia y capacidad de acción, más de 30 organizaciones del ámbito nacional e internacional convocadas al Congreso de Redes Integradas de Servicios de Salud en Tudela y Ablitas, se comprometieron a trabajar por convertir en realidad las expectativas de mejora de la salud de los pueblos a los que sirven como profesionales sanitarios.

Bajo la premisa de que “las organizaciones sanitarias son imprescindibles para la seguridad y bienestar de los ciudadanos y contribuyen decisivamente al mantenimiento de su salud y su calidad de vida” se propone avanzar hacia un sistema en el que “los pacientes sean dueños de su salud, como bien individual, y contribuyan a conservarla y defenderla”.

Fuente: FECLIBA.

Riesgo Médico Legal en Ginecología y Obstetricia

- ¿Son habituales las demandas por responsabilidad profesional en ginecología y obstetricia?

Sin duda alguna la especialidad que sufre más demandas es obstetricia, ya que el nacimiento de un niño nunca se piensa como una práctica médica de riesgo, sino por el contrario, se ha teatralizado tanto que al parto o cesárea se lleva desde una filmadora, souvenirs, tarjetas hasta demás implementos que hacen imposible pensar que pueden ocurrir un evento adverso, que ponga en peligro la vida de la madre o el niño.

- ¿A qué le parece que responde el fenómeno?

Creo que en parte fuimos los médicos los que inconscientemente minimizamos los riesgos. Muy rara vez les explicamos a nuestras pacientes que un parto, una cirugía ginecológica, una cesárea, etc.; pueden tener complicaciones y que nosotros ponemos nuestra ciencia en pos de la salud, pero no garantizamos resultados ya que la medicina no es una ciencia exacta en la cual se puede afirmar que todo va a salir bien.

- ¿Conoce cuál es el porcentaje estimado de incidentes que llegan a juicio?

Lamentablemente el porcentaje de demandas va en aumento. Los médicos somos un buen blanco, ya que desde el momento en que comenzaron a regir las ART se terminaron los juicios laborales, disminuyeron los casamientos, razón por la cual también disminuyeron los divorcios... Ante esto, qué les ha quedado a los abogados para mantener su fuente de trabajo: la accidentología y las demandas por mala praxis médica.

- Teniendo en cuenta el valor probatorio de la historia clínica en los procesos judiciales, ¿cuáles considera que son los puntos fundamentales de una documentación prolija? ¿Generó algún cambio la ley de derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado?

Una historia clínica bien hecha habla bien en favor nuestro, ya que algunos juristas dicen que de la misma forma que está realizada es como actuamos a nivel profesional.

Lamentablemente uno de los puntos negativos sigue siendo la escritura de los médicos y sus tan frecuentes abreviaturas.

Con respecto a la ley de derechos de los pacientes, no tendría que haber modificado en nada nuestra forma de confeccionar la misma, porque bien dice un jurista: "Atiendan a sus pacientes como si fueran sus amigos, pero reali-

cen la historia clínica como si la fuera a leer un enemigo".

Repito: la historia clínica debe ser prolija, cronológica, ordenada, con firmas y sellos, fecha día por día, si se realizan varias evoluciones hay que anotarlas; porque lo que no está escrito no hay forma de demostrar que sí se realizó. La gran diferencia nuestra con los abogados es que estos últimos escriben muy bien, nosotros trabajamos pero no lo anotamos; es decir, no lo demostramos.

- ¿Tienen en la AACOG algún espacio de reflexión para la prevención y gestión del riesgo médico-legal?

Los congresos, jornadas o reuniones científicas sirven para llevar a la toma de conciencia, esto es, que estamos expuestos a demandas por riesgo profesional y debemos armarlos con medidas preventivas, tales como una correcta realización de historias clínicas, una buena relación médico-paciente, etc. **APM**

Entrevista online a la Dra. Mirta Edith Vega. Jefa del Servicio de Medicina Legal Hospital Luisa C. de Gandulfo de Lomas de Zamora, provincia de Buenos Aires. Perito médico del Colegio Médico, Distrito II de Avellaneda. Miembro de la Asociación Argentina de Controversias en Obstetricia y Ginecología (AACOG).

Federación de Clínicas 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



Médicos de Jalisco exigen despenalizar su profesión

“No somos criminales”, señaló el presidente del Colegio de Pediatras.

Representantes de sociedades y colegios médicos de Jalisco se pronunciaron porque no se criminalice su profesión y que sea el sistema de arbitraje médico el que conozca los casos de presunta negligencia que, aseguran, no son tales.

El presidente de la Asociación Médica de Jalisco Colegio Médico AC, Martín Dávalos Gómez, señaló que puede haber errores de responsabilidad profesional, pero estos deben ser dirimidos por las comisiones de arbitraje médico, nacional y estatales, a las que pidió fortalecer.

“Demandamos la despenalización del acto médico en Jalisco y México, en los Códigos penales tanto federal como estatal. Para ello existen entidades de justicia alternativa y de conciliación como la Conamed, la Camejal en el estado de Jalisco, y en cada entidad.”

Dávalos Gómez además sostuvo que no se trata de buscar un trato preferencial para los médicos, sino resolver conflictos que no son delitos. “No estamos justificando ningún error, existe riesgo en toda práctica profesional, en toda práctica médica”, acotó.

Ante la presencia de presidentes de colegios de diversas especialidades y asociaciones del

gremio de los Hospitales Civiles, Dávalos demandó al Juez Tercero de Distrito que cierre ya el caso contra 16 médicos del Hospital de Pediatría del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Jalisco.

“Pedimos y demandamos al Juzgado Tercero de lo Penal del Poder Judicial de la Federación de por cerrado este caso... ya que con anterioridad dicho expediente debió haber causado estado o archivo siendo un tema de 2010 que debiera estar debidamente resuelto”, destacó Dávalos al leer el pronunciamiento, donde lamentó se causara daño moral a los médicos al difundirse sus nombres, quienes subrayó, desempeñan su labor bajo amparo “con el mismo profesionalismo y vocación ética de siempre”.

Por su parte, el presidente del Colegio de Pediatría del Estado de Jalisco, Román González Rubio, refrendó el apoyo del gremio a los 16 galenos contra los cuales el Juzgado Tercero de Distrito libró órdenes. “Somos médicos humanitarios. No somos dioses. Tenemos nuestros errores y no somos criminales”, sostuvo.

“Les quiero decir a todos los compañeros miembros de las asociaciones de pediatría que no estamos ajenos a este caso, que estamos atentos y desgraciadamente por situaciones que se han dado ha crecido esto, dijo González Rubio. **APM**

MÉXICO (Guadalajara)

Fuente: Milenio.com
http://www.milenio.com/region/Medicos-Jalisco-exigen-discriminalizar-profesion_0_316768428.html

Productores y Asesores de Seguros
Especialistas en Praxis Médicas

Quinn Seguros



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

Implantan la mediación para resolver conflictos sanitarios

Madrid, junio 2014 (EFE).- El Colegio de Médicos de Madrid (ICOMEM) y el Colegio de Abogados de Madrid (ICAM) han acordado implantar la mediación para evitar que médicos y pacientes vayan a juicio en asuntos de responsabilidad profesional sanitaria.



En una nota de prensa, la institución colegial médica ha explicado que con este acuerdo se persigue defender los intereses profesionales de los colegiados y proteger a los pacientes y familiares.

El proceso lo llevarán a cabo dos mediadores -un abogado y un médico-; la sesión informativa presencial será gratuita; y las reuniones de mediación tendrán un coste medio de entre 75 y 100 euros.

La mediación como vía de resolución de conflictos puede ser solicitada por médicos y pacientes en cualquiera de estos dos colegios profesionales. **APM**

ESPAÑA

Fuente: La Vanguardia.
<http://www.lavanguardia.com/local/madrid/20140610/54409800086/medicos-y-abogados-implantan-la-mediacion-para-resolver-conflictos-sanitarios.html>

Se comprueba mala praxis en 4 de 10 denuncias

Solamente cuatro de cada 10 denuncias sobre mala praxis corresponden a hechos de negligencia médica. Es la conclusión de la Unidad de Auditoría del Servicio Departamental de Salud (Sedes), afirmó Henry Flores, director de ese organismo.

De acuerdo con la autoridad, desde abril de 2013 a la fecha, el Sedes acumuló cerca de 60 casos de esta naturaleza. Actualmente, restan por resolver 11, que están ya en su etapa definitiva.

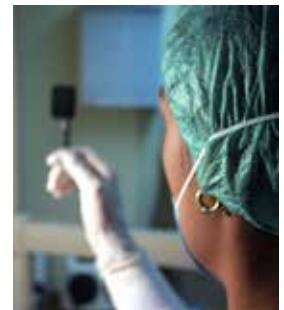
Flores explicó que la mayor parte de la denuncias sobre supuesta mala praxis no son sustentadas por los pacientes y otros pretenden perjudicar al profesional médico.

Empero señaló que ese 60 % que es depurado por los auditores del Sedes son resultado de problemas administrativos y mal trato que reciben los pacientes en los centros hospitalarios de La Paz.

“Cuando hay una sospecha de mala praxis, se instruye una auditoría interna al hospital denunciado y después una externa, comisiones de las cuales somos parte y después emitimos una resolución para que el hecho pase a conocimiento de las autoridades judiciales y coadyuvamos con las víctimas”, si las hubiera o si hubiera necesidad.

El profesional señaló que dentro de estos 11 casos hay fallecimientos por negligencia, por lo que también interviene el Ministerio Público.

Flores afirmó que actualmente cuenta con sólo seis auditores médicos que, además, tienen otras especialidades. Estos profesionales fueron incluidos en 2013 gracias a un convenio con la Sociedad Científica de Auditores Médicos. **APM**



BOLIVIA

Fuente: Roberto Charca H. - La Prensa - 21/05/2014.
http://www.laprensa.com.bo/diario/actualidad/seguridad/20140521/se-comprueba-mala-praxis-en-4-de-10-denuncias_57429_94574.html

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

Uso seguro del equipamiento electromédico en las unidades asistenciales



En los Centros y Unidades Asistenciales se utilizan diariamente equipos para el diagnóstico, monitorización y/o tratamiento del paciente. El uso del equipamiento electromédico conlleva riesgos potenciales para la seguridad del paciente y del personal sanitario (ej. daños producidos por la radiación excesiva del paciente, propiciar un diagnóstico clínico erróneo por el mal funcionamiento del equipo utilizado, etc.). Por tanto, el correcto funcionamiento del equipamiento se convierte en un factor crítico de seguridad y el Centro/Unidad, como entidad responsable de su uso y mantenimiento, debe ser responsable de eliminar cualquier ausencia de seguridad durante la aplicación de dichos equipos.

La Estrategia para la Seguridad del Paciente de la Consejería de Salud, entre sus líneas de actuación, ha identificado la utilización segura del equipamiento como uno de los elementos definidos para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

Recomendaciones

En relación al uso de los equipos médicos, acercamos las siguientes recomendaciones para garantizar un entorno seguro tanto para el paciente como para sus profesionales:

1. Disponer de un inventario actualizado del equipamiento electromédico disponible en la unidad, en el que se identifiquen de forma inequívoca los equipos y facilite su localización (tipo, marca, modelo, nº de serie, vida útil, ubicación, etc.).
2. Elaborar y aplicar un procedimiento para registrar la comunicación y resolución de incidencias, averías, altas o bajas de equipos.
3. Establecer formalmente la figura de un responsable del control del equipamiento, así como definir sus funciones (ej. control permanente del inventario, gestión y seguimiento del plan de mantenimiento preventivo, de las incidencias, del plan de formación de los usuarios de los equipos, etc.)
4. Impartir formación e información a los usuarios

de los equipos sobre su uso, manejo y riesgos asociados (ej. tras la incorporación de un nuevo equipo, profesional o formación de reciclaje).

5. Disponer de manuales de usuario o instrucciones de utilización, fichas de seguridad, procedimientos de uso y riesgos, etc.
6. Disponer de un plan de mantenimiento preventivo, en el que por tipología de equipo, se identifiquen las revisiones preventivas a las que están sujetos, las operaciones a realizar, su frecuencia y las recomendaciones y especificaciones del fabricante y/o el Servicio Técnico.
7. Elaborar guías prácticas de manejo y mantenimiento a nivel de usuario con listas de controles y verificaciones.
8. Disponer de un procedimiento y registro de verificación del grado de cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo.
9. Garantizar que el personal usuario del equipamiento está formado para conocer el estado de revisión de cada equipo y detectar carencias del mismo.
10. Disponer del plan de calibración de los equipos de medida utilizados para revisar el equipamiento de la Unidad. Verificar en los certificados de calibración de los equipos de medida empleados en las operaciones de mantenimiento que se cumplen las recomendaciones vigentes.
11. Proponer criterios de calidad (requisitos técnicos, de seguridad y funcionales, etc.) elaborados por los usuarios o expertos, ante la incorporación de un nuevo equipo (ej. aportación de manuales de usuario, formación de los profesionales, capacidad de evaluación previa, certificación de vida útil, definición y detalle de las operaciones de mantenimiento y revisiones técnico-legales, plazos y criterios de aceptación, aspectos económicos, logísticos, etc.).
12. Definir un programa de gestión de la documentación que sea susceptible de ser inspeccionada o evaluada por organismos externos (ej. inspecciones sanitarias, consejo de seguridad nuclear, etc.). **APM**

Fuente: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (España) / Observatorio para la Seguridad del Paciente.

La revista líder del Sector Salud

Medicina Global
Médicos

La revista de salud y calidad de vida

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





NO pierdas
el año

- Enfermero
- Aux. de Enfermería
- Facturación - E-learning
certificaciones oficiales

inicia agosto 2014

Informes

Av. 7 N° 532 – La Plata

Tel. 412-9169 – iss@fecliba.org.ar

www.fecliba.org.ar



INSTITUTO
SUPERIOR
EN SALUD
FECLIBA



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

Nuevos Consentimientos Informados Según Ley 26.529

2da. Edición ampliada y actualizada según ley 26.742



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

Cirugía Estética	Obstetricia
Oncología	Ginecología
Urología	Cirugía General
Estudios Obligatorios	Traumatología
Otorrinolaringología	Anestesiología
Neurocirugía	Oftalmología
Internación Domiciliaria	Odontología
Cardiocirugía	Traslados
Cirugía Vasculat	Rechazo Terapéutico
Cirugía de Cabeza y Cuello	Fecundación Asistida
Psiquiatría	

*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**