

APM ARGENTINA PRAXIS MÉDICA

LA REVISTA DE LA MUTUAL

Año VII - Número 40 - Mayo/Junio de 2013 - Publicación bimensual de distribución gratuita.

WWW.LAMUTUAL.ORG.AR



En esta edición:

- Contrato de asistencia médica. Una relación auténtica.
- El control de infecciones en establecimientos de salud.
- El alcance del derecho de los padres a rechazar tratamientos indicados a su hijo. Supuestos admitidos y prohibidos (Parte II).
- Análisis de causa raíz en los incidentes de seguridad del paciente.

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

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

Se exponen los números de la responsabilidad médica:

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

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

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

Y además:

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



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

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

Editorial

En esta edición de APM les acercamos una entrevista a la CODEINEP, Grupo Asesor de Control de Infecciones y Epidemiología, con quienes conversamos sobre el control de infecciones en establecimientos de salud y algunos aspectos de la seguridad del paciente.

Además hacemos entrega de la segunda parte del trabajo sobre “El alcance del derecho de los padres a rechazar tratamientos indicados a su hijo. Supuestos admitidos y prohibidos”, que presentamos en APM N° 39.

Completan este número un artículo sobre la relación médico-paciente: “Contrato de asistencia médica. Una relación auténtica”, que forma parte del libro “EL ERROR MÉDICO. Análisis de sus implicancias jurídicas, económicas y asistenciales”, editado por La Mutual en 2010 con motivo de su 10° Aniversario y cuyo autor es el

Dr. Rafael Acevedo, Gerente de la Entidad.

Les acercamos algunos conceptos elaborados por el Dr. José María Paganini, durante el acto en donde fue nombrado Miembro Correspondiente Nacional de la Academia Nacional de Medicina, sobre “La equidad y calidad en salud: un desafío sistémico”.

Por último, compartimos material sobre el “Análisis de Causa Raíz en los Incidentes de Seguridad del Paciente”, con algunas recomendaciones a los profesionales de los centros y unidades sanitarias para la detección de incidentes.

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 Riojas 2356 – CABA.

(011) 4639-8011

Sumario

Contrato de asistencia médica. Una relación auténtica.
Por Dr. Rafael Acevedo, Gerente de La Mutual. 4

Tendencias: Internet saludable. 6

V Encuentro sobre Responsabilidad Profesional, Salud, Seguros y Medio Ambiente. 7

Nombramiento del Dr. Jose María Paganini como
Miembro Correspondiente Nacional de la Academia
Nacional de Medicina. 8

Control de Infecciones. Entrevista a la CODEINEP, Grupo Asesor de Control de Infecciones y Epidemiología. 10

Análisis de causa raíz en los incidentes de seguridad del paciente. 14

El alcance del derecho de los padres a rechazar tratamientos indicados a su hijo. Supuestos admitidos y prohibidos (Parte II). Por Dra. Gloria Ferrari, abogada. 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° 5064520.

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

Sumamos confianza a nuestros asegurados

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

+ Cobertura Extendida sin costo

+ Asistencia 0-800-TPC y Gestión del Riesgo

TPC
COMPAÑÍA DE SEGUROS

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

Contrato de asistencia médica. Una relación auténtica (*).

Por Dr. Rafael Acevedo. Gerente de La Mutual / acevedor@lamutual.org.ar

Médico y paciente son partes de un contrato de asistencia médica, que presupone una “confianza especial entre las partes” (art. 909 código civil). Esa relación de confianza en virtud de la cual el paciente entrega su cuerpo, su psiquis, su salud y hasta su vida.

El profesional asume obligaciones de carácter técnico/científico en torno al diagnóstico, tratamiento y seguimiento del enfermo. Su adecuada ejecución y la posibilidad de que el resultado no sea el esperado, obliga a poner de resalto lo que Michel Woods califica como una relación auténtica¹.

Supone poner de relieve la importancia de preguntar y escuchar al paciente, ubicarse en el “peldaño” adecuado en términos intelectuales, más allá de la superioridad técnica que tiene una de las partes del contrato, explicar el diagnóstico y tratamiento, sus alternativas -si las hubiere-, riesgos y eventuales complicaciones, brindar el tiempo adecuado de atención, efectuar claros y correctos registros (una historia clínica en donde se registre lo necesario pero en forma clara, cronológica, completa y sistemática), cumplir adecuadamente con el deber de información, disculparse del error, y tratar

Es fundamental que el médico repare en el deber del paciente de brindar toda la información que él le solicite tanto en la faz de exploración diagnóstica, como durante el tratamiento (principio de colaboración terapéutica). Y asimismo en la obligación del paciente de cumplir acabadamente con el mismo.



tanto el error como la queja médica. En definitiva, generar y sostener permanentemente la confianza del paciente.

Ya hemos sostenido en trabajos anteriores, no siempre que hay mala praxis media una queja o reclamo, y, al mismo tiempo, en no todos los casos un adecuado e irreprochable diagnóstico, tratamiento y control del enfermo, garantiza la ausencia de una pretensión indemnizatoria. Casualmente como esto es un dato objetivo de la realidad, sumado a que muchas veces los ribetes sociales y hasta periodísticos que tienen ciertos casos pueden ser la base de una condena², fundada o no en razones de equidad, es que el médico debe tener muy presente la importancia de preservar una buena relación con el paciente.

En forma complementaria, también el profesional debe encargarse de poner de resalto el deber de cooperación que le incumbe a la contraparte del contrato, es decir al paciente, para poder así hacer viable el cumplimiento de la prestación y propender a alcanzar el objetivo final: la prevención o restablecimiento de su salud.



**Asociación de Clínicas
y Sanatorios Misiones Sur**

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

Es la otra cara de la misma moneda, de forma tal de que esta relación auténtica tenga como componente que el médico inste los mecanismos y medios a su alcance para que el paciente se haga cargo de su parte, cumpliendo con el tratamiento indicado y con los controles o pautas de alarma requeridos e informados, cuestión sobre la cual también hay consejos útiles para dar.

Es fundamental que el médico repare en el deber del paciente de brindar toda la información que él le solicite tanto en la faz de exploración diagnóstica, como durante el tratamiento (principio de colaboración terapéutica). Y asimismo en la obligación del paciente de cumplir acabadamente con el mismo.

En tal sentido es aconsejable no solo persuadir al paciente del valor de su rol, sino también, y ante su ocurrencia, efectuar una adecuada instrumentación del rechazo terapéutico, como así también de desvíos o abandono en la ejecución del tratamiento.

Asimismo, paciente y médico, ambos, deben saber que éste último asume una obligación de medios, consistente en una atención diligente e idónea del enfermo sobre la base de las reglas del arte de la medicina y su evolución, conforme a los conocimientos científicos que el título presupone, en procura de su curación, pero sin asegurar que dicho resultado perseguido se va a lograr. Tan es así que a los facultativos les está legalmente prohibido anunciar o prometer la curación (art. 20 Ley 17.132).

Incorporar estos elementos a la relación médico-paciente contribuirá también a entablar una relación auténtica en procura de satisfacer el objetivo primario de la misma: poner ambas partes todo de sí para posibilitar la curación



o rehabilitación del paciente, en el convencimiento de que su consecución es una empresa común. **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.

1. El poder de la comunicación. Pedir permiso, dar gracias, decir lo siento, intentar no errar. Michael S. Woods, M.D. y otros autores. Editorial Dunken, página 111.
2. En idéntico sentido, más de una vez hemos escuchado decir al Dr. Roberto Vázquez Ferreyra que ciertos jueces fallan con los sentimientos y no con el derecho vigente, triste realidad que corrobora lo que estamos afirmando.



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)

Internet Saludable



El acceso libre a la información que circula en la web no es ajeno al ámbito de la salud. Hoy médicos y pacientes consultan desde el nombre de una droga o medicamento hasta las últimas novedades en investigación médica y tratamientos. Ahora bien, ¿cómo usar esta herramienta sin poner en riesgo la salud ni el desempeño profesional?

No podemos dejar de mencionar que muchas veces esta información que habita en Internet puede transformarse en un arma de doble filo si es mal interpretada por los pacientes, que en ocasiones esbozan diagnósticos ante determinadas dolencias, se automedican o llegan a la consulta con un tratamiento provisto por el “buscador de turno”, que en la mayoría de los casos no responde a su patología.

Sin embargo, algunas experiencias positivas se están dando en la web. Las nuevas tecnologías, la variedad de herramientas online y las aplicaciones móviles están al alcance de la mano población: comunidades virtuales, redes sociales (Twitter, Facebook), blogs, foros, chats; solo por dar algunos ejemplos.

En Estados Unidos y Europa la experiencia en el ámbito de la salud se encuentra un poco más desarrollada que en nuestro continente, y es así como nos encontramos con propuestas destinadas a pacientes, médicos, e incluso algunas que permiten la interacción entre ambos:

- Web Médica Acreditada: Programa de calidad y certificación del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, sin ánimo de lucro e independiente,

que se inició en 1999 con el objetivo de constituirse en referente de confianza y servicio para mejorar la calidad de la información sanitaria en Internet, asesorando a las webs que se adhieran en base a las recomendaciones de su Código de Conducta.

- Escuela de Pacientes: Se trata de un sitio que ofrece a los pacientes los recursos necesarios para que preparen su visita al médico (preguntas frecuentes) o le brinda la posibilidad a los pacientes crónicos -a través de diversas aplicaciones- la opción de que se les recuerde la toma de su medicación diaria; entre otros.

- IDoctus: Plataforma web y móvil destinada a los médicos que brinda información y herramientas sobre medicamentos, patologías, imágenes y videos multimedia, etc. En ella los profesionales pueden realizar consultas e interactuar con sus pares.

- SocialDiabetes: Sistema de autogestión para la diabetes. Tiene como objetivo mejorar la autonomía, la flexibilidad y el control de riesgos, y le proporciona una herramienta para la autogestión de los alimentos que consume el paciente y su administración de la dosis de insulina.

Además permite al médico el control a distancia a través de estadísticas, análisis evolutivos, gestión de alertas y mensajes comunicados entre la dirección web y el dispositivo móvil.

Un punto importante es la fiabilidad de la información circulante. Es menester que estas nuevas herramientas cuenten con los controles adecuados para garantizar la seguridad de los pacientes. Es posible que esta sea una asignatura pendiente o en vías de desarrollo; y si bien existen recomendaciones y normas que guían a los pacientes-usuarios en torno a esta problemática, no sería inoportuno que esta nueva tendencia estuviese acompañada por el propio profesional al momento de la consulta médica, aconsejando qué herramientas online pueden resultar útiles para ese paciente en particular. Este es un cambio educativo y cultural del que deberá participar toda la comunidad médica.

El problema no es el paciente informado a través de la web, pero sí puede serlo el paciente mal informado.

Internet llegó para quedarse y vamos a tener que aprender a convivir en el “cibespacio de la salud”. **APM**

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

V Encuentro sobre Responsabilidad Profesional Salud, Seguros y Medio Ambiente

El 3 de julio próximo se realizará la 5° edición consecutiva del ENCuentro sobre RESPONSABILIDAD PROFESIONAL I SALUD, SEGUROS Y MEDIO AMBIENTE, que ya es un clásico entre los profesionales del sector de la salud, el ámbito jurídico y de seguros. El evento, organizado por las revistas APM, RP News, Estrategas y Futuro Sustentable, tendrá

lugar en el Hotel NH City & Tower, sito en Bolívar 160, de la ciudad de Buenos Aires. **APM**

Para más información contactéase a:
lamutual@lamutual.org.ar
(011) 4371-9856.

	ENCUENTRO SOBRE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL
Dirigido a	Productores Asesores de Seguros, Organizadores y Brokers Profesionales del área de la Salud Directivos y Administradores de sociedades Gerentes de medio ambiente de industrias/servicios ambientales
 3 de julio	   NH City & Tower Bolívar 160, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
	Responsabilidad Profesional Médica: Marco Médico-Legal, Efectos Personales / Económicos / Profesionales. Relatos por un Médico Demandado y el rol del Seguro como Herramienta de Prevención y Protección. Responsabilidad de Directores / Gerentes / Ejecutivos / Funcionarios: Marco Jurídico, Casos Prácticos y la Posibilidad de cubrir este Riesgo por Medio de un Seguro. Responsabilidad Ambiental: Marco Normativo de Protección del Medio Ambiente, Ejemplos sobre Casos de Tratamiento y Remediación y el Seguro Ambiental. Responsabilidad del Productor-Asesor de Seguros: Marco Legal, Casos Prácticos y Coberturas de Seguro Vigentes. Responsabilidad Civil y Penal de los Profesionales: la Visión de la Justicia Ante la Negligencia, Impericia o Imprudencia de Abogados, Arquitectos, Contadores, Ingenieros, Etc.
Organizan	    Colaboración Académica  Invita  Convoa y Difunde  Se acreditarán horas para los productores asesores de seguros
Informes e inscripción	encuentrosrp@hotmail.com

Nombraron al Dr. José María Paganini Miembro Correspondiente Nacional de la Academia Nacional de Medicina



El Dr. Paganini brindó la Conferencia: "La equidad y calidad en salud: un desafío sistémico".

El Dr. José María Paganini, Presidente del CENAS, fue nombrado Miembro Correspondiente Nacional por la Academia Nacional de Medicina. La ceremonia se realizó el pasado 30 de mayo en el Salón Biblioteca de la prestigiosa Institución y el acto fue presidido por su Vicepresidente, Académico Roberto N. Pradier; el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Plata, Dr. Jorge Martínez y el Académico Abraam Sonis.

Participaron del evento: representantes de instituciones nacionales e internacionales, académicos, colegas, miembros de sus distintos equipos de trabajo y su familia.

El Dr. Paganini recibió el Diploma de manos del Acad. Pradier, quien brindó las siguientes palabras: "En nombre de la Academia Nacional de Medicina, y a pedido de su Presidente Acad. José Navia, tengo el honor de recibir como Miembro Correspondiente Nacional al Dr. José María Paganini". Además agregó: "La incorporación de un Miembro constituye un acto de la mayor importancia. La distinción se otorga a aquellos profesionales que se hayan destacado en alguna de las ramas de la disciplina científica que atañen a la medicina y hayan contribuido al progreso de la misma manteniendo una conducta ética permanente. El Dr. Paganini se ha dedicado, desde pocos años luego de haber terminado su formación como médico pediatra, a perfeccionarse en políticas sanitarias tendientes a mejorar la equidad en salud y lo ha hecho, primero, en nuestro medio y luego en los mejores centros del extranjero. Creo necesario destacar su infatigable labor a favor de la salud comunitaria, principalmente en América Latina, desde cargos directivos de la OPS pero también colaborando en programas de Europa, Asia y África".

Por su parte, el Acad. Abraam Sonis fue el encargado de realizar un exhaustivo recorrido por la trayectoria del Dr. Paganini, de quien no solo destacó su calidad profesional sino también sus virtudes como hombre. En este sentido manifestó: "No resulta fácil sintetizar la trayectoria del Dr. Paganini en el campo de la atención de la salud, seleccionado lo más destacado de la misma, dada su riqueza, expresión de una vida signada por una vocación de servicio dedicada al bien común".

El Dr. Paganini agradeció el reconocimiento recibido y destacó el acompañamiento incondicional de su familia a lo largo de su vasta carrera: "Quiero agradecer a la Academia esta distinción, por dos razones: porque fui propuesto por un maestro de la Salud Pública Mundial, el

Acad. Sonis, con quien tuve la suerte de trabajar en el año 1962. De él aprendí lo que es un maestro: alguien que enseña sin darse cuenta, porque siempre tiene algún mensaje en la vida diaria. En segundo lugar, porque esta distinción fue aprobada por unanimidad, lo que para mí tiene un tremendo valor emocional y ético. La Academia Nacional de Medicina representa la ética en la salud y la historia de la medicina argentina. Me siento muy halagado de haber llegado con esta decisión y me comprometo a seguir las indicaciones de principios y valores para una salud mejor".

La ceremonia terminó con una Conferencia del Dr. Paganini sobre "La equidad y calidad en salud: un desafío sistémico". A continuación compartimos algunos fragmentos de la misma:

"Un sistema de Salud puede llegar a producir eventos adversos, riesgos y muertes no deseadas que pueden llegar a niveles impresionantes. Si aplicamos estos datos estadísticos a nuestra población en Argentina, ocurrirían alrededor de 7 mil muertes por problemas de mala calidad en los establecimientos de salud y alrededor de 300 mil eventos adversos. Estados Unidos declaró 5 millones 500 mil eventos adversos anuales (eventos adversos significan, a veces muertes, otras deshumanización). Estos eventos adversos se dan de manera desigual en la población, en relación al nivel de educación, ingreso, posibilidad de pago, etc.

En el año 2003, la OMS frente a este problema aprueba una Alianza para la Seguridad del Paciente. Transcurridos 10 años se hizo un informe de actualización publicado por la Agencia de Investigación de Calidad de Estados Unidos, que concluye: No se observan resultados sistémicos significativos. Enfatizo la palabra "sistémicos". En relación a esta cuestión, hay una frase elaborada por la OMS, que siempre la presento porque logra sintetizar el problema que estamos enfrentando: La diferencia entre un Sistema de Salud que funciona adecuadamente y otro que no lo hace puede medirse en muertes, discapacidades, empobrecimiento, humillación y desesperanza. Esta afirmación es muy fuerte porque pone al Sistema de Salud en una situación peligrosa; no solo no resuelve problemas si no que los provoca por problemas de organización."

"El mandato está dicho. En estos últimos 60 años el marco conceptual quedó claro. Cuáles son los resultados: si miramos desde un punto de vista global hemos logrado avanzar en

la situación de salud. Hemos erradicado enfermedades: la viruela, la poliomielitis, etc.; hemos controlado enfermedades infecciosas. Me quiero detener en ese punto porque la erradicación de una enfermedad no es un hecho aislado, es una conjunción de conocimientos de la ciencia básica, la tecnología, la organización, la política y la participación comunitaria.

Pero lamentablemente otras situaciones nos hacen decir que en estos últimos 60 años no se han cumplido todas las promesas destinadas a la Salud (...) Las metas definidas de "Salud para Todos", con Cobertura Universal, no se cumplieron. Qué pasó con la calidad de la atención: hace escasos años un informe elaborado por el Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de Estados Unidos hizo un informe, que luego fue repetido por una investigación realizada por la OPS en varios países de nuestro continente y en Europa. Lo cierto es que existe un abismo entre lo que sabemos y la forma en que entregamos esos conocimientos."

"Hay que hacer otro tratamiento del Sistema de Salud: debe ser observado en su totalidad en las denominadas políticas horizontales y verticales, o sea, con estrategias que le den a todos los integrantes del Sistema la misma oportunidad de desarrollarse.

Una política sistémica de salud tiene que pensar en la gobernanza en salud del sector nacional, provincial y municipal. Argentina debiera estar pensando en unificar sus criterios de cobertura con 2500 municipios. Tiene que otorgarles la oportunidad de desarrollarse con los estándares que conocemos, que son muy simples: estándares genéricos para el desarrollo de la Equidad y Calidad; y trabajar con la totalidad de



El Acad. Pradier, Vicepresidente de la Academia, hace entrega del Diploma al Dr. José María Paganini.

los recursos de salud que tiene el país.

Desde la Facultad de Ciencias Médicas hemos elaborado un marco legal que le daría a estos establecimientos la posibilidad de desarrollarse en forma unificada."

"Un Sistema de Salud solo no puede resolver los problemas sociales: no resuelve la pobreza, la marginalidad, la falta de oportunidades de educación, trabajo, vivienda. Un sistema de salud no puede asumir la responsabilidad de todo el sistema económico-social de desarrollo, pero sí puede mostrar que debe funcionar mejor. Esto hay que hacerlo con emoción y responsabilidad." **APM**

Desde 1898 un Progreso Seguro...



El Progreso Seguros S.A.

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

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

Control de Infecciones Hospitalarias y Seguridad del Paciente.

APM entrevistó a la Lic. Stella Maimone (ECI – CCI) y a la Lic. Mariela González (ECI), directora y miembro del equipo de CODEINEP, grupo asesor en control de infecciones y epidemiología.



Lic. Mariela González y
Lic. Stella Maimone de
CODEINEP.

Sobre el error y la seguridad del paciente:

Lic. Maimone: En el año 1950 se comenzó a pensar en la seguridad del paciente y en el año 1999 apareció el primer artículo, llamado “Error en Humano”.

Lic. González: En el año 2001 la OMS plantea la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”, donde dice que hay que establecer directivas, directrices y programas que puedan ser unificados para todos los países, porque no se puede medir un país no desarrollado, donde las tasas de infección o las muertes son causadas por enfermedades de la pobreza, con un país desarrollado, que tiene otro tipo de riesgos.

La primera experiencia fue el Programa del Reino Unido, resuelto como el primer reto mundial, a través de 3 ejes: que el evento se pueda reportar, que no sea punible (que no sea culpable la persona sino el sistema) y se empezó a usar la teoría del queso suizo, donde hay un montón de barreras que evitan que ante cada accionar alguien pueda decir “stop”, algo está pasando, y dar una alerta.

Con el reporte notaron que se producía una mejoría pero apareció el problema de que nadie buscaba herramientas para que ese evento

podiera ser documentado. Ante esto lo que se hizo fue: primero comunicar el evento y luego documentar el registro.

Lic. Maimone: El problema no es equivocarse sino que haya una serie de barreras que eviten el error. Nosotros nos dedicamos a infección hospitalaria, y en el estudio realizado por IBEAS (red para la Seguridad del paciente en Latinoamérica), el primer error médico que figura es la infección y dentro de ella la neumonía y la infección de sitio quirúrgico. Hay otros estudios que también hablan de la bacteriemia como un error.

Lic. González: Otro punto importante fue determinar cuándo una persona se equivocaba y cuando “casi” se equivocaba. Es justamente ahí cuando empieza a cambiar el concepto de seguridad del paciente como error en sí mismo y se lo comienza a llamar “incidente” (Informe Delfos, año 2007): incidente es “todo aquello que pueda llegar a causar un daño (leve, moderado o grave)”.

Después se advirtió que el grupo más grande era el que “casi” causaba daño (por ejemplo: paremos aquí porque no se corroboró el nombre del paciente que iba a ser sometido a una cirugía).

La medicación es vista como el mayor error en la vigilancia: no solo en vigilar sino en cómo medir el evento adverso que puede tener en el paciente esa medicación mal dada (ya sea equivocar al paciente o leer erróneamente la medicación).

Luego nos encontramos con el error en sí mismo, que se compone del daño (que provoca el evento adverso y la muerte) y todos los eventos centinelas, que pueden provocar daño (por ejemplo: guardar el cloruro de potasio en un lugar y que el paciente solo reciba la cantidad necesaria, el resto no puede estar circulando en los offices de enfermería).



comes

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

En este sentido, los 5 correctos en enfermería son: paciente correcto, dosis correcta, modo correcto (vía correcta), horario correcto y medicación correcta. Si algo de todo esto no se cumple hay que volver a chequear.

¿Cuáles son las áreas más propensas al error?

Lic. Maimone: La terapia intensiva, las guardias, el quirófano y la sala de internación (en esta última porque muchas veces ponen a la gente menos capacitada y que está menos controlada). Cuando uno empieza a ver los offices de enfermería observa que no siempre están pensados para prevenir el error. Hay laboratorios que rotulan con el mismo logo y el mismo color todos los productos, y tal vez una cosa es potasio, la otra solución fisiológica y ese detalle facilita el error. Entonces por eso es importante separarlos del lugar. Sin embargo, a veces mirás el office y tenés todo junto, en embases muy similares.

¿Cuál es el proceso para la creación de un Programa de Control de Infecciones dentro de una institución?

Lic. Maimone: Todos estos programas van de arriba hacia abajo. Si uno no tiene el apoyo de la Dirección, no sirve. Por ejemplo, Salud Pública elaboró el check list para la seguridad del paciente en cirugía y lo presentó como obligatorio. Las instituciones empezaron a hacerlo pero en el proceso se saltó la toma de conciencia del Director, del Jefe de Cirugía, etc. De este modo todos llenan la planilla, se acumulan un montón de datos que nadie tabula y que en realidad no se hicieron para la seguridad del paciente. En el caso de la infección hospitalaria, que en América es el primer error, el Director de la institución (pública o privada) no solo tiene que estar de acuerdo sino también apoyar el Programa. Tiene que haber un compromiso institucional y personal capacitado para esto.

¿Cómo se conforma un Programa (y equipo de trabajo) de estas características?

Lic. Maimone: El Programa de Control de Infecciones se apoya sobre 4 ejes vitales: la vigilancia y las infecciones; la educación; la salud del personal y la normatización.

¿Quién hace el trabajo de buscar las infecciones, las define y estandariza, las cargar en un software para luego interpretarlas? En nuestro país la figura es el profesional en control de infecciones, que en el 90% de los casos son enfermeras especializadas.

Pero el control de infecciones no es solo “la enfermera en control de infecciones”, es un trabajo en equipo: la enfermera, la microbióloga, un médico epidemiólogo, que en nuestro país casi no hay y es suplido por el médico infectólogo.

El Programa va a depender de la cantidad de camas que tenga la institución (en alta complejidad se calcula que es una enfermera cada

50 camas) y la cantidad de personal pago para este trabajo. Este grupo especializado junta a otras personas (motivadas, que se involucren) dentro de la institución, que van a armar el Comité, donde tienen que estar todos aquellos que representen cada área que tiene un ítem dentro del Programa.

¿El Programa se adapta a las necesidades específicas de cada institución?

Lic. Maimone: Cada Programa es diferente, se hace una vez por año, y por eso no hay una “receta de cocina” para el control de infecciones.

Lic. González: Yo trabajo en el Hospital Muñiz y te doy un ejemplo concreto de esto: al ver los protocolos de los gérmenes multiresistentes y



Sociedad Odontológica
SIEMPRE UN PASO ADELANTE

Lic. Maimone: Una cuestión es la cultura y la seguridad institucional y la otra es el compromiso. Si la Institución no lo genera no hay cambio. El Director tiene que estar en las reuniones, opinar, hacer preguntas. Porque cuando él dice "hay que hacer esto", es automático y todos lo cumplen.



el tipo de paciente que atendemos, tenemos protocolizado el ingreso. En este sentido, es un hospital que para algunas cosas tiene resultados muy pronto porque somos un hospital de referencia nacional.

El costo-beneficio tiene mucho que ver con el perfil epidemiológico de cada institución. No se compra un testeo para un germen poco habitual si no lo necesitás y lo podés hacer por un medio que en 72 hs. te arroja el mismo resultado.

Lic. Maimone: Otra cuestión es, tenés los medios, ¿pero cumplís? En ese punto es donde los integrantes del Comité tienen gran valor, porque son quienes motivan al resto. Uno puede armar un Comité de Control de Infecciones

sin Programa (sin personal especializado) y esos mismos comités fracasan.

Una vez que se arma el Programa y se conforma el Comité dentro de una institución, ¿cuáles son los obstáculos más habituales para ponerlo en funcionamiento?

Lic. González: La cultura organizativa de la institución y la de cada persona. Trabajamos con adultos que tienen que modificar su actitud.

Lic. Maimone: Y también trabajamos con mucha gente a la que nunca le enseñaron. La enfermera, en general, el lavado de manos lo tiene incorporado porque desde siempre nos enseñaron que hay que lavarse las manos. Además, para nosotras, la enseñanza clínica siempre se hizo en campo y tal vez el médico, recién cuando termina sus 6 años de estudio entra al hospital.

La realidad es que el adulto no modifica tan fácilmente, por eso el primer problema es la propia gente. Se intenta que un adulto cambie una conducta y muchas veces no creen realmente que una persona se vaya a morir de una infección. La otra cuestión es la cultura institucional.

Lic. Gonzalez: ¿Por qué la cultura institucional? Porque si no se convence a los directivos de la importancia de ciertos criterios básicos, no funciona: si no tenés dónde lavarte las manos por más que quieras implementar la conducta no lo podés hacer. La cultura organiza-

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

cional es: primero cuida al que cuida y después se brinda el cuidado, por ejemplo: que el office de enfermería sea cómodo, alejado del ruido y la interrupción para que cuando se esté preparando la medicación la persona esté sin interferencias, tranquila.

Errar es humano, revertir el error es necesario, pero no hacerse cargo es imperdonable. Es muy difícil decir “me equivoqué”.

Lic. Maimone: Una cuestión es la cultura y la seguridad institucional y la otra es el compromiso. Si la institución no lo genera no hay cambio. El Director tiene que estar en las reuniones, opinar, hacer preguntas. Porque cuando él dice “hay que hacer esto”, es automático y todos lo cumplen.



Lic. González: En cuanto a los obstáculos, muchas veces tiene que ver la cuestión edilicia, los equipamientos, que no avance la tecnología dentro de la institución desmejora la atención directa al paciente, entre otros.

En ocasiones se cuestiona el costo que puede tener llevar adelante este tipo de Programas...

Lic. Maimoni: Tengo una anécdota al respecto: nos reunimos con un grupo de dueños de clínicas en una provincia y los médicos se engancharon con la propuesta. También había contadores presentes y uno de ellos me dijo: “Todo muy lindo lo que plantean pero en realidad si yo tengo un paciente que tiene productos biomédicos inadecuados (porque son más baratos) y hace una infección a mí me conviene porque

Se habla de la falta de enfermeras, ¿existen muchos profesionales capacitados en control de infecciones?

Lic. Maimone: En realidad cuando se habla de falta de enfermeras se habla de falta de enfermeras asistenciales. Hay pocas enfermeras en control de infecciones pero también hay pocas instituciones que quieren generar este compromiso. En realidad faltan, pero faltan más enfermeras asistenciales.

Lic. González: La relación enfermera-paciente (la cantidad de pacientes que tienen asignados) es menor en número de enfermeras para la cantidad de pacientes. Un ejemplo: en terapia intensiva lo que tendría que ser es máximo 2 pacientes – 1 enfermera y a veces son 3 o 4 los pacientes.

Lic. González: La relación enfermera-paciente es menor en número de enfermeras para la cantidad de pacientes. Esto genera la no seguridad. Hay procedimientos que se tienen que hacer de a dos operadores y la falta de enfermeras genera que haya uno solo haciendo el procedimiento, con alta probabilidad de fallar.

la cama ocupada, la prepaga u obra social me la va a pagar”. Un médico le dijo: “Pero está la vida del paciente”, a lo que el contador le contestó: “La vida del paciente no cotiza, tengo que bajar la persiana si pienso de ese modo”. La realidad es que la prepaga no le va a pagar el mejor recurso que va a disminuir la infección. Las cosas, a veces, están al revés.

Esto no sucede en Estados Unidos, donde te sancionan cuando se te infectó un paciente, pero te pagan lo suficiente para que tengas buenos elementos, cantidad de enfermeras, etc.

Lic. Gonzalez: En Estados Unidos garantizan la calidad a través de todas estas barreras: el insumo, lo edilicio, los equipos y medicamentos, etc. Van juntando un montón de elementos necesarios para brindar calidad. Tienen un ranking donde el paciente que debe operarse se puede fijar qué infecciones hay en cada hospital y decidir en función de eso.

Esto genera la no seguridad. Hay procedimientos que se tienen que hacer de a dos operadores y la falta de enfermeras genera que haya uno solo haciendo el procedimiento, con alta probabilidad de fallar.

Lic. Maimone: En realidad faltan enfermeras porque se contratan pocas. Además se les paga poco, siendo un recurso muy importante. Hay muchas enfermeras trabajando en dos lugares porque no le alcanza el sueldo. Pero trabajar 14 hs en una terapia, o de lunes a viernes y los fines de semana haciendo francos, hace que comience una rueda que no para. Esa persona que debería estar velando por la seguridad, en realidad está agotada, cansada, con falta de ganas... mal predispuesta para las cosas que tiene que hacer. Este es un problema muy serio en las instituciones. **APM**

Análisis de Causa Raíz en los Incidentes de Seguridad del Paciente.

La Consejería de Salud y Bienestar Social, a través de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), España, ha publicado una serie de pautas para los profesionales sanitarios referidas a la realización de análisis de causa raíz en los incidentes de seguridad, fruto de los datos obtenidos en los diferentes procesos de certificación de centros y unidades sanitarias.

Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario al paciente.

Los centros y unidades sanitarias deberían identificar y responder adecuadamente ante todos los incidentes de seguridad que ocurran en la organización o se asocien con los servicios que presta. Una respuesta adecuada incluye realizar un análisis causa-raíz (ACR) completo. El ACR es un proceso estructurado para iden-

tificar la base o los factores causales que han provocado el incidente de seguridad.

Un ACR se centra principalmente en los procesos y sistemas, no en el desempeño individual. El resultado del ACR es un plan de acción que la organización debe poner en práctica a fin de reducir el riesgo de que ocurran acontecimientos similares en el futuro.

Más del 80% de las unidades sanitarias evaluadas por la ACSA disponen de un procedimiento para la notificación de incidentes de seguridad. Sin embargo, sólo la mitad realiza un análisis de los incidentes comunicados y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición.

En este sentido, se ha puesto de manifiesto que no es frecuente que los centros y unidades evaluados utilicen el ACR como herramienta para la mejora de la seguridad del paciente, evidenciándose su uso en un escaso porcentaje de los mismos.

Es aún menos frecuente, que los centros y unidades realicen ACR ante incidentes de seguridad conocidos a través de otros medios como: comunicados de un paciente o familiar, empleado del hospital, litigios, medios de comunicación, etc.

Como herramienta complementaria de interés para la prevención de incidentes de seguridad, la ACSA establece recomendaciones a los profesionales de los centros y unidades sanitarias para la realización de un ACR ante la detección de un incidente de seguridad

(Ver recuadro: Recomendaciones).



La revista líder del Sector Salud

Medicina Global
Médicos

La revista de salud y calidad de vida

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





Recomendaciones

1. Identificación del incidente de seguridad. Los responsables de cada institución (gestores y responsables de unidades sanitarias) deben decidir cuáles son los incidentes que deben someterse a un ACR.
2. Creación de un equipo de trabajo multidisciplinario. El responsable principal debe ser un miembro representativo de la institución, con experiencia e independencia sobre el incidente de seguridad. En el equipo deben incluirse personas que conozcan el área donde se ha producido el incidente y conocer la metodología ACR.
3. Búsqueda de la información necesaria. Recopilar datos de forma inmediata tras la identificación del incidente de seguridad: documentación clínica, protocolos, vías clínicas, procedimientos normalizados de trabajo, etc. Realizar entrevistas con las personas implicadas para describir qué y por qué sucedió. Visitar la zona donde ocurrió para analizar los factores ambientales en los que se dio el incidente (equipamiento, medicación, etc.). Puede ser necesaria la búsqueda de otra información adicional.
4. Ordenar los hechos. El equipo debe describir cronológicamente la cadena de acontecimientos más relevantes desde el principio hasta el final (diagrama de flujo del proceso).
5. Análisis de la información. Identificar las causas potenciales que determinan el incidente desde las específicas a las comunes. Pueden utilizarse distintas metodologías, siendo la más frecuente la aplicación del diagrama causa-efecto o diagrama de Ishikawa. Se plantean de forma sistemática las causas principales y las causas de segundo, tercer y sucesivos órdenes. Las causas se deben clasificar y ordenar según su importancia, destacando las causas relacionadas con el proceso.
6. Plan de acción. Identificar y priorizar los cambios que se pueden realizar en los sistemas y procesos para reducir el riesgo. Las acciones de mejora definidas para cada causa deben tener un responsable asignado, indicar cuándo se van a realizar y cómo se van a evaluar.
7. Resumen final. Realizar un informe sencillo y de fácil lectura del análisis del incidente (evitando identificar a las personas involucradas). Incluir los resultados del estudio y el plan de acción. Se dará a conocer a todos los implicados en el incidente y a los responsables de la institución.
8. Seguimiento. Evaluar la efectividad de las acciones de mejora del plan de acción. Esta última etapa es fundamental para asegurar que las acciones de mejora se han implementado y sirven para prevenir que el incidente de seguridad vuelva a ocurrir.

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



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

El alcance del derecho de los padres a rechazar tratamientos indicados a su hijo. Supuestos admitidos y prohibidos. (Parte II)

Por Dra. Gloria E. Ferrari. Abogada.



En nuestro sistema, como ya dijimos, el acceso a la capacidad jurídica es en base a la edad, fundado en razones históricas.

Siguiendo la letra de la ley, las decisiones médicas requerirían la capacidad plena.

Resulta evidente que no es lo mismo un menor de 8 años que aquel que ha cumplido 11, 15 o 18 años.

Los menores carecen de capacidad de hecho, entendida esta como la aptitud para ejercer por sí actos de la vida civil.

En estos supuestos, la ley distingue de acuerdo a la edad y los clasifica en **a) Menores impúberes** (los que no han cumplido 14 años) como incapaces absolutos, y dentro de esta categoría también realiza una distinción entre los que han cumplido o no 10 años a los efectos de la responsabilidad por actos ilícitos; **b) Menores adultos**. Han cumplido 14 años. Son incapaces relativos pues pueden celebrar los actos autorizados por la ley; **c) Menor adulto menor de 18 años y mayor a 18 años**. El artículo 19 de la

los familiares que se recabe el consentimiento para los casos de incapacidad del paciente.

Los proyectos de reforma no habían producido grandes modificaciones aunque algunas leyes especiales crearon la mentada “mayoría anticipada”.

Por ejemplo, la ley 22.990 (De Sangre) prevé la donación para aquellas personas entre 16 y 65 años y la autorización de los padres para los menores entre 16 y 18 años.

El actual proyecto de Código Civil del 2011, establece que es menor de edad aquella persona que no ha cumplido 18 años, siendo adolescente los niños entre 13 y 18 años. Pero trata específicamente los casos de tratamientos terapéuticos, dado que en el art. 26 presume que todo adolescente entre 13 y 16 años tienen aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de terapias invasivas resultará ne-

Se deberá conjugar en cada caso concreto los diferentes valores en juego con los distintos sujetos que intervienen: el niño, los representantes, los profesionales de la salud.

El niño es una persona, sujeto de derechos igual que un adulto pero con restricciones en su capacidad.

ley 24.193, sólo a partir de los 18 de edad toda persona capaz “podrá autorizar para después de su muerte la ablación de órganos o materiales anatómicos de su propio cuerpo, para ser implantados en humanos vivos o con fines de estudios o investigación”; **d) Menor emancipado**. Ya sea por matrimonio, habilitación de edad y habilitación comercial.

En estos casos, y para muchos actos de la vida civil, los menores actúan a través de sus representantes, es decir: el padre, la madre, el tutor, el curador, los parientes con deberes alimentarios y de asistencia, tácitamente autorizados por el art. 1870 inc. 4º y, a falta de estos, se deberá recurrir a la autoridad judicial.

En los casos de menores de edad, deberán prestar consentimiento para cualquier tratamiento médico los representantes legales, toda vez que el cuerpo no puede ser tocado sin una voluntad que así lo manifieste.

El art. 19 inc. 3º de la ley 17.132 dispone que: “... en caso de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz...”.

El Código de Deontología del Cirujano (1982) también requiere del representante legal o de

cesario el consentimiento de los progenitores. En caso de conflictos entre ambos se deberá tener en cuenta el interés superior o bienestar del menor sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

A partir de los 16 años, el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

Otros casos de oposición que pueden darse con los progenitores:

Los representantes de menores de edad, por razones religiosas no se pueden oponer a que los mismos reciban una transfusión sanguínea, ya que excedería el marco de los deberes de cuidado y vigilancia, imponiéndoles sus propias creencias. De lo contrario se estaría amparando un abuso de la patria potestad¹. Como regla general debemos decir que la falta de discernimiento del menor impone que se le tutele, pues su vida es más importante que la objeción paterna.

La vacunación obligatoria, dado que se encuentra el interés general de la población por encima del particular. Sin embargo, se podría evitar si se demuestra que la aplicación de determina



vacuna es nociva para el sujeto en particular². Los padres no prestan el consentimiento para el cese del tratamiento de un niño de 16 meses que sufre atrofia espinal muscular y se encontraba en un respirador artificial, difiriendo la muerte pero sin aliviar el sufrimiento.

La negativa de los padres no siempre obedece a razones religiosas. Pero como vemos, se ha receptado las variables que venían dándose a través de la doctrina y de la jurisprudencia, distinguiendo entre capacidad y competencia. Esta terminología proviene de Estados Unidos (capacity y competency)³. Sabido es que cuando hablamos de capacidad, nos acerca a la esfera contractual y por ello, la ley establece una determinada edad a partir de la cual se alcanza la mayoría de edad para poder realizar el acto jurídico o el contrato médico.

Cuando nos referimos a la competencia, es un concepto que se encuentra dentro de los derechos personalísimos. No se alcanza. Se adquiere. Se va formando. El sujeto puede o no entender aquello que se transmite, que se le dice. Tiene que ver con la comprensión en la comunicación.⁴

Ello se une mejor a la idea del mal llamado "consentimiento informado" para poder otorgarlo ante una propuesta de tratamiento o para negarse al mismo.

En síntesis y como principios generales podríamos establecer:

- a) No actuar sin el consentimiento del interesado, distinguiendo si el paciente es competente o no.
- b) Si es "no competente" requerir la conformidad de los padres, tutores o el que tenga la guarda de hecho.
- c) Para los actos médicos "benignos" bastará

el consentimiento de un representante y el de ambos padres para aquellos más graves como, por ejemplo, intervenciones quirúrgicas riesgosas, mutilantes, terapias a largo plazo, etc.

d) Si no hay acuerdo entre ambos progenitores deberá prevalecer la terapia que sea más benéfica para la salud del menor.

e) Si el paciente "es competente" el médico recabará el consentimiento de los padres y también del menor, brindando la pertinente información.

f) Si el paciente rechaza el tratamiento, la autorización puede ser dada por los jueces e incluso por los representantes legales.

g) Escuchar al menor según su capacidad no significa indefectiblemente hacer lo que él pretende.

h) Si los padres rechazan el tratamiento pero el hijo lo consciente será resuelto por el Juez sólo si está en peligro la salud del menor. El médico puede acudir al Juez en este supuesto.

i) La voluntad del menor, en ocasiones, puede ser considerada autónoma para tomar determinaciones sobre su salud y la voluntad de los padres ser irrelevante jurídicamente o ineficaz por abuso de las facultades de representación, autorizando lo que no pueden o arriesgando injustificadamente derechos fundamentales del paciente, haciendo prevalecer derechos de los adultos⁵.

j) La información médica a los responsables del paciente menor de edad no quebranta el secreto profesional médico.

Establecida esta distinción entre capacidad y competencia, se ha comenzado a aceptar que la "mayoría médica anticipada" llega antes a cada sujeto que la "mayoría de edad".

Las primeras normas específicas del mundo

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

anglosajón nacieron para evitar la contradicción entre la legislación penal y las normas generales, llegando a establecer que “la capacidad médica” se alcanza a los 16 años, pero si no llegó a esa edad se aplica la llamada Gillick Competence.⁶

Esta doctrina es aplicada con mucha flexibilidad por los jueces ingleses, sobre todo cuando los padres no coinciden con las opiniones del menor competente. Tuvo también influencia en el derecho americano y canadiense.

En Canadá la capacidad para el acto médico se alcanza a los 14 años. El Código Civil español dispone que en las intervenciones quirúrgicas los pacientes pueden prestar consentimiento por sí mismos si tuvieren suficiente juicio y el Código deontológico del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, desde enero de 1998, respeta el consentimiento del menor que tiene formado su criterio y puede argumentar en forma razonable su decisión, aunque su voluntad sea contraria a la de sus representantes legales, el médico debe respetar la del menor⁷.

No obstante lo expuesto, no podemos dejar de señalar el difícil problema que enfrentan todos los días los profesionales de la salud con relación al consentimiento informado de las personas menores de edad, dado que “la competencia del menor” en el sentido de “aptitud para comprender”, no puede ser juzgada con parámetros estancos.

Se deberá sopesar el riesgo-beneficio, recordar que el pensamiento de los jóvenes generalmente no se proyecta hacia un futuro lejano, sino que se representan frente a un cuidado inmediato, los adolescentes tienen una problemática diferente, sobre todo en cuanto a prevención se refiere; resulta difícil transmitir la diferencia entre inconvenientes y riesgos; son temerosos y pueden tomar decisiones en base a la angustia producida por el dolor y el temor.

Desde otro ángulo, también se encuentra el derecho de los padres a usar su autoridad sobre los hijos para educarlos, decidir dónde residen, en qué colegio serán instruidos, en qué institución sanatorial u hospitalaria atendidos, etc.

Por lo tanto, se deberá conjugar en cada caso concreto los diferentes valores en juego con los distintos sujetos que intervienen: el niño, los representantes, los profesionales de la salud.

El niño es una persona, sujeto de derechos igual que un adulto pero con restricciones en su capacidad.

Las facultades otorgadas a los padres tienen como fin primordial el interés del menor.

Estos deben ser escuchados y sus opiniones tomadas en cuenta en función de la madurez y edad.

Para todo ello, se deberá apelar a la prudencia de todos los sujetos intervinientes en el conflicto así como también de los jueces y del Ministerio Pupilar, cuando deban intervenir. **APM**

Para acceder a la Parte I del presente artículo puede consultar la versión online de APM N°39 Marzo/Abril en www.lamutual.org.ar

1. Ataz López, Los médicos y la responsabilidad civil, págs. 95 y 96.
2. Bueres, Alberto J. Responsabilidad Civil de los Médicos, Hammurabi, 2da. Edición, pag. 214
3. Lorda, Pablo Simón, La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones y sus problemas, en obra colectiva, coordinada por Lydia Feito Grande, Estudios de bioética, Madrid, Universidad Carlos III-Dykinson, 1997, p. 199.
4. Borda, Guillermo Antonio. Director. La Persona Humana. La Ley. El derecho del Menor a su Propio Cuerpo. Kemelmajer de Carlucci Aída. Pág. 255.
5. Castaño de Restrepo, María Patricia. El Consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica. Ed. Temis. Pág. 130 y sig. 1997.
6. Borda, Guillermo Antonio, Director. Ob.citada. págs. 257. El Caso Gillick competent, dispuso que si no alcanzó los 16 años, pero tiene suficiente aptitud para comprender e inteligencia para expresar su voluntad respecto al tratamiento específicamente propuesto puede dar su consentimiento.
7. Borda, Guillermo, ob. Citada. Bueno Arus Francisco. El consentimiento del paciente en el tratamiento médico quirúrgico y la ley general de sanidad y García Aznar Andreu sobre el respeto a la autonomía de los pacientes, citados por Kemelmajer de Carlucci, págs. 258.

Federacion de Clinicas y Sanatorios Santiago del Estero



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

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

XIX CONGRESO INTERNACIONAL SALUD | CRISIS | REFORMA

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

**25 y 26 de septiembre
Complejo Costa Salguero.
en el marco
de EXPOMEDICAL**

INSCRIPCIONES:
relacionesinstitucionales@fecliba.org.ar

En la décimo novena edición consecutiva del Congreso, queremos continuar contribuyendo al amplio debate multisectorial que tienda a resolver los problemas del Sistema de Salud de nuestro País, colaborando con sus integrantes para el logro de metas de excelencia, que redunden en beneficio de la sociedad.

Desde la cúspide de las organizaciones de salud internacionales: OMS, OPS, FLH, FIH, etc., se plantea hoy la coordinación estatal-privada y la reestructuración del sector en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

Se trata de un compromiso con la Comunidad, con foco en el ser humano, con una misión de compartir objetivos, estructuras y servicios para ser más eficaces y eficientes. Es un accionar que supera lo competitivo para integrarnos solidaria y cooperativamente.

Nuevos Consentimientos Informados Según Ley 26.529

2da. Edición ampliada y actualizada según ley 26.742



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

Cirugía Estética
Oncología
Urología
Estudios Obligatorios
Otorrinolaringología
Neurocirugía
Internación Domiciliaria
Cardiología
Cirugía Vascular
Cirugía de Cabeza y Cuello
Psiquiatría

Obstetricia
Ginecología
Cirugía General
Traumatología
Anestesiología
Oftalmología
Odontología
Traslados
Rechazo Terapéutico
Fecundación Asistida

Si desea adquirir la obra consulte escribiendo a: lamutual@lamutual.org.ar,
o bien llamando al 011-4371-9856 (líneas rotativas).

**Entrega gratuita a los Socios de LA MUTUAL
PROMOCIONES ESPECIALES**