

APM ARGENTINA PRAXIS MÉDICA

LA REVISTA DE LA MUTUAL

www.lamutual.org.ar



**Comité de Seguridad del Paciente.
Cuando hablar del error deja de ser un problema.**

**Reclamos y Prevención de Riesgos
en Otorrinolaringología.**

**Internación Domiciliaria: riesgos y beneficios
de una alternativa asistencial en crecimiento.**

**La
mutual** Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional

www.lamutual.org.ar

Praxis | Médica

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

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

Tucumán 1668, 3º 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.

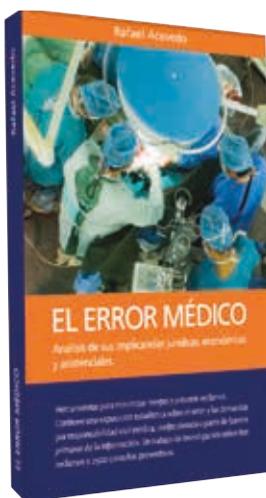
- Prevención de infecciones nosocomiales.
- Quemaduras por uso de electrobisturí.
- Prevención y gestión de caídas.
- Cirugía Segura y la Resolución 28/2012 del MSN.

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

La edición N° 62 de Argentina Praxis Médica les ofrece una amplia variedad de temas, entre ellos:

- Comité de Seguridad del Paciente. Entrevistamos al Dr. Pablo Brener, médico del Servicio de Neonatología del Hospital Italiano de Buenos Aires y miembro del Comité de Seguridad del Paciente de la institución.

- También una nota sobre prevención de riesgos en Otorrinolaringología. Para ello nos cuenta su experiencia el Instituto IORL Arauz.

- Conversamos con miembros de la Comisión Directiva de la Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria (CADEID), quienes nos

brindaron un panorama sobre la prestación de servicios en esta modalidad.

- Además, en noticias del ámbito internacional, un artículo sobre "¿Son determinantes los defectos en el consentimiento informado para la estimación de las demandas?".

Como siempre los invitamos a recorrer nuestras páginas.

Dr. Héctor S. Vazzano
Presidente
La Mutual



Staff:

Director:
Dr. Héctor Salvador Vazzano

Editor Responsable:
Dr. Rafael Alejandro Acevedo

Producción Periodística:
Graciana Castelli

Diseño y Dirección de Arte:
Santiago Ariel Bermúdez

Correo de Lectores:
apm@lamutual.org.ar

Página Web:
www.lamutual.org.ar

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

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

Imprenta:
En el Blanco Producciones
Capitán Bermúdez N° 3321, Olivos, Pcia de Bs As
Te: 011 5263-3283

Sumario

4- Reclamos y Prevención de Riesgos en Otorrinolaringología

9- Comité de Seguridad del Paciente. Cuando hablar del error no es un problema.

13- Entrevista a la Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria (CADEID).

17- ¿Son determinantes los defectos en el consentimiento informado para la estimación de las demandas?

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 Inscripción de Publicación Periódica: RL-2018-47662050-APN-DNDA#MJ

TPC
TPC COMPAÑÍA DE SEGUROS

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

NOS OCUPAMOS DE VOS

La Compañía de Seguros especialista
en Responsabilidad Profesional.

Buscanos en
f t in v
/TPC Compañía de Seguros
www.webtpc.com

SSN
WWW.SSN.GOB.AR
0800-666-9400
N° INSCRIPCIÓN SSN: 0741

Reclamos y Prevención de Riesgos en Otorrinolaringología

Entrevista al staff de directivos del Instituto IORL ARAUZ. Participaron de la misma: el Dr. Andrés Blanco, Director Médico; la Lic. Mónica Arauz Martínez Vidart, Directora Administrativa; y la Abog. Belén Arauz Martínez Vidart de Legales.



Sin perjuicio de ello, han aumentado en este último tiempo los juicios de responsabilidad profesional y la especialidad ORL ha tenido un buen porcentaje.

En cuanto a la resolución prejudicial eso es común a todas las especialidades, una minoría llega a la instancia judicial, siempre se trata de acordar en mediación.

- Eventos adversos más comunes en la especialidad.

La especialidad ORL cuenta con subespecialidades como son oído, nariz y garganta. De estas 3 subespecialidades las que generan mas reclamos son las de nariz, luego las de oído y por último, las de garganta, causado por problemas anestésicos, poca información de los riesgos, y complicaciones, falta de consentimiento, historias clínicas incompletas, entre otros.

- ¿Son frecuentes los reclamos por responsabilidad profesional en Otorrinolaringología? ¿A qué le parece que responde el fenómeno? ¿Conoce si estos reclamos prosperan a juicio o son resueltos en instancias prejudiciales?

La especialidad otorrinolaringológica (ORL) es una de las especialidades que cuenta con una tasa de demandas judiciales relativamente baja en comparación con el resto. Esto siempre y cuando se excluyan las cirugías plásticas estéticas. Aunque a la especialidad ORL no le corresponderían las cirugías estéticas nasales, sino las correctivas, con lo cual siempre que el médico no haya prometido un cambio estético, esto no se vería afectado.

- Teniendo en cuenta el valor probatorio de las historias clínicas (HC) en eventuales juicios por responsabilidad profesional, ¿cuál es la situación actual en relación a su confección entre los médicos?

Aquí hay que distinguir entre los médicos jóvenes y los más grandes. Los segundos son más celosos de la información que vuelcan en la historia clínica. Por eso al principio nos costó mucho implementar la informatización de la HC pero después se fueron acostumbrando. Con los mas jóvenes pasa a ser lo contrario. Se pensaban que la clave de ingreso y la contraseña era una para todos. Tuvimos que hacer una concientización de que la clave y contraseña era como su firma.

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



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

- ¿Qué particularidades presenta la puesta en práctica del deber de informar y la implementación del Consentimiento Informado?

Cada vez es más necesario realizar consentimientos informados específicos de la especialidad y en la ORL es necesario tener un consentimiento informado para cada subespecialidad, e incluso dentro de la subespecialidad habría que ser más específicos. Lo que ocurre con la ORL es que generalmente los pacientes tienen la idea de que son intervenciones menores, con pocas complicaciones, ambulatorias (lo que es cierto) pero ello no significa que no haya complicaciones. Es fundamental la información clara y precisa que el médico pueda llegar a informar al paciente. Lo que abunda no daña. Aunque a veces los médicos no hacen caso a este refrán sino al que decía Coco Chanel: "Menos es Más". Tenemos que volver a "lo que abunda no daña" y dar la mayor informa-

Tenemos que volver a "lo que abunda no daña" y dar la mayor información posible al paciente para que cuando entre al quirófano este totalmente convencido de la decisión que esta tomando.

ción posible al paciente para que cuando entre al quirófano este totalmente convencido de la decisión que esta tomando.

- En cuanto a las nuevas generaciones de médicos, ¿el tema de los juicios por responsabilidad profesional es una preocupación?

Para los médicos más jóvenes la responsabilidad profesional está en el proceso de pasar de ser una preocupación a una ocupación. Cada vez lo toman más naturalmente y no se sienten afectados en su profesionalidad como ocurría antes. Falta recorrer un largo camino pero el camino está comenzado, lo que no es menor. Los médicos en general presentan mayor conciencia a medida que transcurren los años.

- ¿Cuál es el perfil actual del paciente que llega a la consulta? Sus expectativas. ¿Cómo influye el acceso a la información que circula en internet?

En el Servicio de Demanda Espontánea y Guardia que está abierto las 24 hs hay mucha recurrencia del mismo paciente. Por ejemplo, un paciente le dolía el oído, vino y le solucionaron el problema, después vuelve a venir por otro problema de la especialidad. El paciente de este servicio es más espontáneo y si bien puede haber leído algo en internet confía más en el médico persona que en el médico Google. Igual hay de todo en la viña del Señor. En cambio el paciente de los Consultorios Externos se acerca a la consulta para lograr obtener algún consejo que le ayude a tener una mejor calidad de vida, donde su actitud frente al problema de salud pueda beneficiarlo. Requiere de más tiempo, no solo la persona sino también su problema de salud, no es tan urgente. Busca crear una relación de mayor confianza con el profesional y puede ser que antes haya estudiado su problema de salud buscando información en Google y por eso realice preguntas que él crea más específicas pero que muchas veces no lo son. El profesional siempre se da cuenta pero no le genera mayor inconveniente. Si el paciente lo hizo, el médico seguramente ya lo haya hecho también.

- ¿De qué manera afecta al médico, en su práctica profesional, este nuevo paciente informado? Principales cambios a la

ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y SANATORIOS PRIVADOS DE SANTIAGO DEL ESTERO



📍 24 de Septiembre 281 / Sgo. del Estero / CP: 4200

☎ (0385) 422-4597 / ✉ aclise.secretaria@gmail.com

🌐 www.aclise.com.ar



hora de abordar la consulta.

El profesional a veces se vuelve más técnico en su explicación y eso, por más que el paciente no entienda mucho, lo contiene y ayuda a entender por qué su cuerpo reacciona de tal manera o de otra. Por ahí sería bueno que todo profesional tenga una pizarra a mano para hacer algún gráfico.

- ¿En la página web de la institución tienen algún espacio destinado a la comunidad, con información explicada de manera accesible para el paciente y su familia?

Sí, contamos. Creemos que es fundamental, aunque desconocemos si los pacientes lo leen. Como todo en la vida. Lo que está para leer no se lee y lo que no suma mucho leerlo, se lee.

En el caso de Cirugías, en la página web www.iorlarauz.com.ar hay una sección donde se da información al paciente con lo que tiene que

hacer el día antes de la cirugía, el día mismo de la cirugía y para el egreso del IORL ARAUZ. A continuación copio el link: <http://www.iorlarauz.com.ar/para-el-paciente/>

Y también hay un sector para brindarle información a la Comunidad, donde actualmente se está informando sobre Alergia e Inmunología y Control de Infecciones, así como sobre el Implante Coclear cuyo "Día del Implante Coclear" se conmemoró el 25 de febrero. Y también les hacemos saber la apertura del Programa de Residencia en ORL para este año y los Cursos de Educación a Distancia, dependientes de Arauz/Fundación.

- Principales situaciones no médicas que pueden derivar en queja o reclamo dentro de la institución.

A los argentinos no nos gusta esperar aunque vivimos esperando que el próximo gobierno haga algo, que el próximo tren funcio-



**Asociación de Clínicas
y Sanatorios Misiones Sur**

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



ne para no llegar tarde al trabajo... Así que una queja bastante seguida es por la espera tanto en Consultorio Externo como en el Servicio de Demanda Espontánea y Guardia. De a poco lo fuimos solucionando. Los sistemas informatizados de atención de pacientes nos permitieron saber donde estaba el problema y hablar con el profesional involucrado, si correspondía. Un trabajo de hormiga y de concientización a los profesionales.

- ¿En el caso de surgir algún conflicto de qué manera es abordado por la institución? ¿Tienen personal capacitado? ¿Cuáles consideran que son, a su criterio, las medidas básicas para evitar conflictos?

Ante un conflicto, se solicita la participación del Director Médico cuyo rol creemos esencial en la comunicación entre los distintos

sectores involucrados, e incluso dentro de un mismo sector, podrían participar del mismo, más de un persona.

Luego se debe realizar la comunicación con el paciente, ya sea telefónica o citándolo personalmente para contestar el reclamo. Creemos firmemente que los pacientes nos ayudan a ser mejores y si bien muchas veces no tienen el 100% de la verdad, sí tienen una cuota importante de ella.

Las medidas básicas para evitar conflictos son la escucha, la respiración y el don de la palabra. Tenemos que aplicar más los sentidos, poder escucharnos mejor, saber callar y respirar hondo cuando recibimos un mensaje de parte de paciente un tanto desagradable y saber construir con la palabra. Por eso, el oído, la nariz y la garganta son tan importantes para el IORL ARAUZ. **APM**



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

“Somos un equipo de salud, seres humanos, nos equivocamos y nos vamos a equivocar”

Entrevistamos al Dr. Pablo Brener, neonatólogo oriundo de la provincia de Mendoza, que actualmente se desempeña como médico de Planta del Servicio de Neonatología del Hospital Italiano de Buenos Aires. Además, tiene una Maestría en Investigación Clínica y desde hace más de 5 años es miembro del Comité de Seguridad del Paciente de la institución.

Brener nos comparte su experiencia y destaca que el Hospital Italiano fue uno de los pioneros en conformar un Comité de Seguridad del Paciente, que originariamente comenzó en el Departamento de Pediatría.

- ¿Por algún motivo en especial el Comité se inició con el Departamento de Pediatría?

Fue por iniciativa del Dr. Ceriani, coordinador del Comité y ex Jefe del Servicio de Neonatología y del Departamento de Pediatría, que comenzó a transmitirnos el cambio cultural que había que dar en la medicina y en las instituciones médicas para resolver el problema del error y la seguridad.

Los seres humanos cometemos errores y nos equivocamos de forma frecuente. Si uno no asume que cometemos errores es justamente donde comienza el problema. Cuando me formé como médico me inculcaban que tenía que ser “infalible”. En muchas universidades médicas, en el pregrado no se aborda “el error” o temas como la seguridad del paciente, algo inadmisibles hoy por hoy. Pero hace 15 años esto era lo habitual, la cultura culpógena ante el error.

- También la cultura punitiva frente al error...

Exactamente, totalmente punitiva. Hoy se debiera abordar el error de una manera diferente. Como dije anteriormente, en el Hospital Italiano, se comenzó en el Departamento de Pediatría, donde se desarrollaron estrategias para intentar abordar, conocer, y plantear el problema. Pediatría lo entendió y luego de unos 5-6 años se pudo extender al resto del hospital. Actualmente funciona un Departamento de Calidad, del cual depende el Comité de Seguridad.

El hospital acreditó por la Joint Commission Internacional, que tiene criterios muy estrictos, con un manual de más de 2600 elementos medibles basados a grandísima escala en metas internacionales de seguridad: identificación correcta del paciente; mejorar la comunicación efectiva entre los equipos y médicos; manejo de la medicación (en particular la del alto riesgo); cirugía correcta en el sitio correcto; prevención de infecciones nosocomiales; reducción del daño causado por caídas.

Se ha trabajado de manera muy intensa en estas metas.

- ¿Cuáles son las áreas y cómo se implementa en la práctica el trabajo de campo del Comité?

El Comité está formado por unas 15 personas aproximadamente, donde hay médicos, bioquímicos, farmacéuticos y enfermeros. Incluso hay dos enfermeras que participan de manera continua y dedican su tiempo full time a esta tarea.

Hay médicos de los distintos departamentos (pediatría, clínica, neonatología, cirugía, terapia pediátrica, traumatología, etc.). La idea es que los que participamos del Comité volquemos el pensamiento y el conocimiento en las distintas áreas.

Hay una reunión mensual y además un ateneo de seguridad del paciente, abierto a toda la comunidad hospitalaria, con invitación recordatoria 1 semana antes aproximadamente.



SOLUCIONES SALUDABLES

GPro | Sistema de Gestión para Obras Sociales y Prepagas

GHos | Sistema de Gestión para Clínicas y Hospitales

Córdoba - Argentina. Tel. 0351 5706900 - info@solucionesaludables.com.ar - www.solucionesaludables.com.ar



la carrera de enfermería. El Comité se encarga de algo de lo que hoy se adolece en la mayoría de las universidades: la poca o nula formación que hay en el pregrado de conocimientos sobre seguridad del paciente.

- ¿Se le da participación al propio paciente en este proceso de seguridad?

Tenemos un portal del paciente. En el hospital, desde hace muchos años se implementa la historia clínica electrónica (HCE) y el paciente puede entrar a verla sin necesidad de pedirla. En ella están los resultados de sus estudios, laboratorios, evoluciones de los médicos, y también hay una sección con educación para la seguridad del paciente, con todos los derechos en cuanto a su seguridad.

La Joint Commission apunta muchísimo (y no acredita) si no se demuestra que el paciente se siente seguro y entiende que existe la seguridad, y que tiene derechos ante esto y que la institución lo educa para eso.

Un ejemplo: en Neonatología el paciente se va de alta con una epicrisis en donde el médico deja por escrito el acceso a la información sobre el recién nacido y sobre las medidas de seguridad para que ese recién nacido, incluso en la casa, no sufra riesgos. Se les explica a los padres adónde tienen que linkearse para ver esta información. Por otra parte, también se pueden reportar errores que hayan ocurrido.

- ¿Cómo se lleva a cabo este reporte?

Hoy tenemos un lugar en la intranet, pero esto fue ideado por el viejo Comité de Seguridad de Pediatría, que lo hacía a través de unas urnas que estaban en los servicios, y cuando ocurría un error se metía por escrito en un papel, de manera anónima. Una vez al mes se hacía un relevamiento de los errores y se volcaban en los ateneos. Incluso se hicieron trabajos sobre cuáles habían sido los errores más prevalentes.

Todo esto pasó de la urna a la HCE y de ahí a un botón (un espacio privado al que no puede acceder cualquiera), que dice "Repor-

- ¿En qué consisten los ateneos?

Se invita a los distintos servicios a presentar un caso. Durante la primera parte se comparten datos sobre lo que el Comité está haciendo, y luego se trata de que algún servicio muestre una actividad propia, un error o situación que pudo haber surgido, y cómo se resolvió. Es muy dinámico.

Se hace mucha actividad docente. Se dan charlas para los estudiantes de la carrera de medicina del propio hospital. También para

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

te de incidentes y efectos adversos". Esto es exclusivo para médicos, enfermeros, farmacéuticos del hospital.

Para los padres se diseñó bastante tiempo después y hoy en el portal pueden reportar un error médico o un accidente dentro del hospital.

El Comité de Seguridad se ocupa de recolectar todos estos errores o reportes de incidentes asociados a la atención sanitaria, los clasifica según una norma de la OMS avalada por la Joint Commission, donde se trata de mirar "los errores centinela", que son los que pudieron poner en riesgo la vida de un paciente, o aquellos en donde si el error continuaba podría haber traído un efecto adverso severo. Todo esto se clasifica, se releva, se hace una estadística y se trata de trabajar sobre el error más prevalente. Los errores centinela tienen una devolución hacia quien reportó el error, y al equipo de salud involucrado; incluso ha tenido devolución ante alguien de la comunidad que ha reportado un error, con lo que se intenta dar una respuesta sobre las modificaciones que va a realizar el hospital en este sentido para que no vuelva a suceder. Se trata básicamente de aprender del error cometido.

- ¿Una vez producido el error, más allá del reporte, cómo es la comunicación al paciente/familia?

Es una de las partes más difíciles de este trabajo y de esta "nueva cultura". Hay una cultura punitiva instalada hace 100 años y es muy difícil cambiarla en 10... y no es solo del médico sino también de la sociedad, que muchas veces piensa que el médico es infalible.

El Comité se encarga de algo de lo que hoy se adolece en la mayoría de las universidades: la poca o nula formación que hay en el pregrado de conocimientos sobre seguridad del paciente.

concepción de que los médicos somos falibles, y de que la mejor manera de poder entablar una relación con el usuario, paciente, familia es con honestidad. Esto va en contra de la otra cultura que dice que "si cometiste un error lo tenés que pagar".

Somos un equipo de salud (médicos, enfermeros, farmacéuticos, puericultoras, administrativos, etc.), seres humanos, nos equivocamos y nos vamos a equivocar. Supongo que esto cambiará con las nuevas generaciones que empiezan a formarse en esta

- También es cierto que muchas veces los pacientes o la familia desconocen cuestiones médicas y una buena conversación a tiempo, sentarse y dar una explicación, evita situaciones conflictivas...

Los estudios a grandes escalas realizados en Estados Unidos y en Europa, han mos-



Desde 1898 un Progreso Seguro...

Casa Central: 25 de Mayo 432 P. 11 - C1002ABJ - Ciudad de Buenos Aires - Tel: 011 4315 - 6600 y lin. rot.
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 S.A.

 OASN
SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION
www.esn.gob.ar
0800-668-6400

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

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



trado que los litigios no solo no aumentan, sino que tienen una tendencia a disminuir cuando la cultura es la de la honestidad. Si uno explica lo que sucedió en el momento es honesto; si trata de ocultarlo es mucho peor.

Nuestra unidad de neonatología -entendiendo que el resto del hospital trabaja de la misma manera- está centrada en la familia: desde hace aproximadamente un año los padres tienen una tarjeta con la que entran y pueden permanecer con sus hijos todo el tiempo que deseen. Nuestro equipo intenta promover esto, aunque en algunos momentos puede ser un desafío adicional. Esto puede considerarse un cambio paradigmático en la atención en las Terapias Neonatales, incluso con la concepción de que nos ayuden en el proceso de atención de sus hijos. Muchas veces los que están hace bastante

Hay una cultura punitiva instalada hace 100 años y es muy difícil cambiarla en 10... la cultura no es solo del médico sino también de la sociedad, que muchas veces piensa que el médico es infalible.

tiempo ayudan a mirar o controlar una alarma, aprenden a bañar a sus hijos, dar medicación, etc... Antes ocurría que cuando un padre hacía notar algo los médicos o enfermeros nos sentíamos ofuscados. Hoy los que somos líderes

no solo damos el ejemplo, sino que hacemos notar que el padre está ayudando. Este es el clic que hay que hacer.

- Es indispensable la decisión institucional para lograr este cambio de cultura...

Para poder llevar todo este trabajo adelante hay que tener una Dirección que vaya en ese camino: directores, jefes de departamento y jefes de servicios. Pero si no hay una Dirección que fomente este cambio de cultura y este camino es imposible trabajar. **APM**

Por Graciana Castelli para APM.

“Un paciente en su casa tiene menos posibilidad de infectarse que en una institución”

La Internación Domiciliaria es una modalidad de atención que ha crecido exponencialmente en los últimos 20 años, y brinda una alternativa de cuidados que en muchos casos evita la institucionalización prolongada -a veces indefinida- de un paciente y su entorno.

Para hablar sobre los riesgos y beneficios de la prestación de este tipo de servicios nos acercamos a la Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria (CADEID), donde fuimos recibidos por su Presidenta, Adriana Figueras, y su Secretario, Héctor Osvaldo Apogliessi.

- ¿Cuáles son las principales actividades que lleva adelante hoy CADEID?

Figueras: CADEI es una cámara nacional con asociados en todo el país. Se conformó hace 20 años cuando la actividad recién empezaba y no tenía siquiera un marco normativo. De hecho, el único marco reglamentario es la Resolución 704/2000 a nivel Nación, impulsada por esta Cámara. Hace 25 años se trataba de una actividad en donde cualquiera conformaba una empresa y empezaba a trabajar sin ningún tipo de regulación sanitaria. Lo que nosotros hicimos fue trabajar con el ministerio de Salud y se llegó al dictado de esta resolución, que es la que marca las condiciones de habilitación y funcionamiento de los establecimientos de internación domiciliaria. Muchos ministerios provinciales desarrollaron su propia normativa, en general al amparo de esta resolución, y otros adhirieron a la normativa de Nación. Actualmente nuestra cámara está abriendo sedes en el interior del país para abordar las problemáticas locales de manera más directa.

- ¿Y qué diferencias observan a nivel regional en la actividad?

Apogliessi: Lo que notamos es que la internación domiciliaria se ha desarrollado en casi todo el país con características distintas. No olvidemos que Capital y el Conurbano son centros con mucha gente. Pero en el interior hay empresas que en algunos casos se extienden más allá de las capitales provinciales y ahí surgen problemas por la distancia, como dificultad en el abastecimiento de insumos o la oxigenoterapia a pacientes que están alejados. Esto fue lo que nos llevó al armado de delegaciones para tratar de llevar adelante una tarea bien federal y unificar, aportar, todo lo necesario para que la actividad se pueda desarrollar bien.

Figueras: Hay algunas situaciones básicas



cas que ponemos como condiciones de ingreso indispensables. No todos los domicilios son aptos para recibir un programa de cuidados domiciliarios. El acceso a la electricidad, al agua segura y a una red cloacal razonable, son cuestiones básicas. Muchas veces, en regiones aisladas no solamente es difícil la logística para llegar al domicilio, sino que tampoco se verifican condiciones de seguridad para el propio paciente. El ejercicio de la asistencia en salud requiere de ciertas condiciones socio-ambientales.

- ¿Cuáles son los beneficios de la Internación Domiciliaria, sobre todo para el paciente, teniendo en cuenta la expansión que ha tenido en estos años?

Apogliessi: La internación domiciliaria no viene a ocupar el lugar de ningún otro sector de la salud. Es una modalidad que tiene su propio espacio, donde es muy importante la acción de la familia, porque es parte del equipo de salud.

En sus orígenes comenzó siendo una prestación de muy poca complejidad y con el transcurso del tiempo hemos llegado a tener personas internadas en su domicilio con patologías muy complicadas: pacientes con respirador, oxígeno-dependientes, etc.



Pensemos que tal vez cuando hablamos de alta complejidad se trata de pacientes con parálisis cerebral, donde si ese paciente es institucionalizado, la familia debería estar al servicio del paciente y de la institución. Por eso uno de los beneficios es reinsertar al paciente y a la familia, permitirles estar en su lugar y adecuarse a las posibilidades de vida de cada paciente.

Otras de las características es que cumple un rol muy importante en la prevención de infecciones intrahospitalarias. Hoy en día, por más que las instituciones trabajan para evitarlo, muchas veces son foco de infecciones porque en ellas circulan bacterias más resistentes de las que hay en un domicilio. Esto hace que se trate de desinstitu-

cionalizar al paciente lo antes posible para evitar el riesgo. Un paciente en su casa tiene menos posibilidad de infectarse que en una institución.

Figueras: Esto es muy importante porque la amenaza de lo infectológico es algo complejo en el futuro de la medicina. Se ve como un riesgo enorme, los antibióticos se han tornado resistentes. En este sentido la internación domiciliaria presenta una alternativa de protección.

Apogliessi: En una época hablábamos de los costos como otra de las ventajas. Pero nosotros hacemos foco en que se trata de una alternativa distinta, donde a veces los costos son altos también.

Figueras: A esta altura se trata de un nivel asistencial diferente, que muchas veces continúa la recuperación que el paciente empieza en la institución. Hay dos situaciones claras: una es cuando se envía al paciente a su casa para que complete su recuperación en domicilio, a lo mejor recibiendo un antibiótico o la curación de una herida postoperatoria. Pero también hoy tenemos equipos domiciliarios, que tienen un volumen mínimo y de manejo muy amigable, que permiten la puesta en domicilio de pacientes de alta complejidad, de terapia intensiva.

- ¿Y qué pasa con el recurso humano? ¿Hay profesionales capacitados en este sentido?

Figueras: Como es sabido, en Argentina faltan enfermeros de manera desesperante. Hace 15 años atrás se abrieron cantidad de carreras de enfermería, pero la

La revista líder del Sector Salud

Medicina Global
Médicos

La revista de salud y calidad de vida

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



verdad es que desgraciadamente es una actividad que está mal paga y que muchas veces se la precariza respecto de su sistema de contratación.

En cuanto a la enfermería en internación domiciliaria, hay un enorme bache de formación respecto del profesional que debe manejarse en el domicilio. El enfermero viene con una formación de base, pero una cosa es asistir a un paciente en una institución, donde se está acompañado y sostenido por un montón de profesionales; y otra es la soledad del domicilio donde se necesita no solo al profesional capacitado sino al profesional anímicamente estable para poder afrontar una situación de riesgo. Realmente es un recurso que necesita mucho más aplomo y presencia frente a una situación de emergencia. Y en la formación específica, la verdad es que solo las empresas formamos al respecto. CADEID está trabajando fuertemente en la capacitación de recursos para sus socios. Pero no existe en la carrera de enfermería el dictado de incumbencias relativas a la internación domiciliaria. No se habla ni de los aspectos legales, psicológicos, prevención de accidentes, manejo nutricional en domicilio, etc.

Los cuidados domiciliarios son un sistema asistencial, que tiene como centro al paciente, a los recursos profesionales que están en el domicilio y a la familia.

- ¿Quién se ocupa de la capacitación de la familia?

Figueras: La empresa tiene la responsabilidad de hacerlo. En términos generales, se visita a la familia antes de implementar el servicio, se le explica qué implica la internación domiciliaria, cuáles son los alcances y la participación de cada uno.

- Principales cuestiones a tener en cuenta para evitar riesgos en una internación domiciliaria...

Apogliessi: Es muy importante todo lo relativo a la externación del paciente. Sea cual sea su patología tiene que estar clínicamente estable. El paciente debe ser externado en un momento oportuno. Por eso es fundamental informarle a la familia de qué se trata la internación domiciliaria y dejar en claro que siempre tiene que haber alguien a cargo, que son responsables del paciente.

- Hay muchos pacientes que son externados pero que viven solos...



Apogliessi: Por eso es necesario saber en qué situación se encuentra el paciente para poder dar las respuestas adecuadas. No es lo mismo un paciente que tiene un familiar a cargo, pero ese familiar no vive con él, como sucede muchas veces con los pacientes añosos. En este caso se deben tomar los recaudos para que el paciente no se reinterne por cualquier cosa y fracase la internación porque fue mal externado.

- ¿Y qué pasa o cómo se articula el trabajo cuando el paciente externado está acompañado de un cuidador en vez de un familiar?

Figueras: Hay pacientes que viven solos y ahí juega el estado en el que se encuentran. Algunos deambulaban y aunque reciban un servicio de cuidados domiciliarios están en condiciones y tienen cierta autonomía. Distinto es el paciente que está en una cama conectado a un respirador, donde necesariamente la enfermera se ocupa de asistirlo y una persona de la familia está a cargo del domicilio. Porque en una situación de riesgo, si el paciente entra en paro, el enfermero se ocupa de atender al paciente y debe haber un familiar que llame a la emergencia médica. Esa es la causa por la que en situaciones de pacientes críticos es necesario que la familia tenga presencia. También se dan servicios mixtos, donde la familia contrata una parte de la asistencia, a un cuidador, y el resto lo pone la obra social.

- ¿Son frecuentes los reclamos por responsabilidad profesional en el ámbito de la internación domiciliaria?

Figuras: Estamos desarrollando con las compañías de seguros un cálculo actuarial especial para la actividad porque la realidad es que hasta ahora ha sido medida por el riesgo de las clínicas y sanatorios. Somos evaluados con una vara que no tiene que ver con los parámetros específicos de esta actividad.

En los 20 años que tiene nuestra cámara, con lo que hemos podido chequear con los socios, solo hemos registrado un caso. Hay una sola empresa, que trabaja con pacientes en estado terminal, que comentó que tuvo un reclamo alguna vez. Pensemos que la internación domiciliaria asiste a pacientes en un estadio de estabilidad clínica. Si el paciente no está clínicamente estable el sanatorio no le da el alta. Y cuando los parámetros de estabilidad clínica entran en riesgo, el paciente se reinterna. Esto quiere decir que en general asistimos la enfermedad del paciente en un estadio de estabilidad, o bien en un estadio final, donde se sabe cuál va a ser el desenlace.

Apogliessi: Mucho de lo que escuchamos tiene que ver con reclamos en donde en realidad se reclama a la clínica por alguna situación anterior. Hay empresas que son consultadas sobre cuándo empezaron a atender al paciente, y se les solicita la his-

toria clínica simplemente para comprobar cómo se produjo el alta de ese paciente, donde lo que se objeta es otra cosa.

Figueras: La mayor cantidad de reclamos que se escuchan asociados a la internación domiciliaria no tiene que ver con el ejercicio profesional sino más bien con temas de cobertura (la enfermera dijo que iba a venir a tal hora y vino más tarde o no vino, etc.) La experiencia de estos 20 años de interacción con muchísimas empresas no demuestra que haya reclamos.

Apogliessi: Prácticamente no existen. El servicio de internación domiciliaria es un servicio programado y por eso muchas veces los reclamos tienen que ver con otras cuestiones. A veces es más difícil atender a un paciente en Capital que en provincia por los problemas que hay para trasladarse...

Figueras: Si hay algún tipo de reclamo está más ligado a la calidad que a la praxis médica. Creemos que el trabajo en conjunto, capacitando a los recursos, informar y contener a la familia y al paciente, al domicilio como sistema, son los ángulos desde los que hay que trabajar. **APM**

Por Graciana Castelli para APM.



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

SANATORIO FORMOSA S.R.L. (Capital)	CLINICA de la MERCED (Las Lomitas)
HEMOFOR S.R.L. (Capital)	CLINICA MEDICA "SANTA RITA" (El Colorado)
CLINICA "DR. JORGE VRSALOVIC S.R.L." (Capital)	SERVICIO RADIOLOGICO EL COLORADO (El Colorado)
NEO-FORM S.R.L. (Capital)	SERVICIO de IMAGENES ARGENTINAS (Clorinda)
CLINICA "SANTA LUCIA" (Capital)	INSTITUTO RADIOLOGICO DR. AMERICO AVEIRO (Capital)
INSTITUTO ABRUZZO (Capital)	INSTITUTO "Dra. KIRA POPOWITCH" (Capital)
CLINICA ARGENTINA (Clorinda)	INSTITUTO MEDICO QUIRURGICO "3 de DICIEMBRE" (Capital)
CLINICA "MARIA AUXILIADORA" (Clorinda)	LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA (Capital)
CLINICA INTEGRAL "SAN ANTONIO" S.R.L. (Pirané)	UROLOGIA DE MAGNOSTICO y TRATAMIENTO (Capital)
CLINICA "SANTA ROSA de LIMA" (Pirané)	DIAGNOSTICO SAN CAMILO-GAMMA SPECT FORMOSA S.R.L.
CLINICA "DR. CLAUDIO VILLAMEA" (Cte. Fontana)	

Eva Perón 151- Formosa (Capital)

¿Son determinantes los defectos en el consentimiento informado para la estimación de las demandas?

Las demandas contra médicos tienen un altísimo componente técnico. La labor fundamental de los abogados es transmitir con claridad al juez esos argumentos técnicos para que sea capaz de entender la complejidad de este tipo de casos. Es importante destacar la especialización de los letrados: que sean capaces de entender, comunicar y defender procedimientos médicos en defensa de los intereses de los médicos.

En esta ocasión, una paciente aquejada de mala tolerancia a las lentes de contacto acudió a su oftalmólogo preguntando por la posibilidad de cirugía refractiva. Fue sometida a todas las pruebas necesarias: refracción bajo ciclopejía subjetiva, topografía, paquimetría, biomicroscopía, pupilometría y test de But. El resultado de estas pruebas mostraba que el cristalino era transparente, fondo de ojo normal, But normal e inexistencia de queratitis. Consecuentemente, se trataba de una candidata apta para la intervención. En ese momento, se le hizo entrega del consentimiento informado, el cual firmó.

Un par de semanas después fue sometida a la intervención, la cual se llevó a cabo sin incidencias. Posteriormente, comenzó a sufrir una patología crónica de ojos secos; por este motivo, interpuso una demanda contra el médico por mala praxis en la realización de la intervención, al entender que era el origen causal de dicha patología.

La demandante consideraba que era una consecuencia clara de la operación basándose en el criterio cronológico. Al mismo tiempo, sostenía que en el consentimiento informado no se advertía de una manera específica que existía el riesgo de sufrir dicha patología de manera crónica tras la intervención.

Para sostener su razonamiento, la paciente se centraba en la errónea elección del test de But como prueba preoperatoria, considerando que el test más adecuado debería haber sido el de Schirmer.

La defensa del oftalmólogo entendía que existían datos, basados en las pruebas realizadas posteriores a la operación, que permitían asegurar que no podía haber una relación entre la intervención y la patología del ojo seco que sufriría después la paciente. De hecho, destacaron el resultado del estesiómetro, el cual



Sociedad Odontológica

SIEMPRE UN PASO ADELANTE



determina la inexistencia de un daño en la intervención corneal tras la operación.

En cuanto a si era posible estimar la demanda basándose en la existencia de un defecto en el consentimiento informado, el juez explicaba que el Tribunal Supremo siempre ha considerado que la omisión o la deficiencia en el

consentimiento informado se considera mala praxis formal del facultativo. Esto se debe a que existe una causalidad entre la omisión de la información y la posibilidad por parte del paciente de haber eludido, rehusado o demorado una intervención médica cuyos riesgos se han acabado materializando.

A este respecto, la doctrina jurídica siempre ha distinguido entre dos supuestos. Por un lado, están aquellos en los que, de haber existido información previa adecuada, la decisión del paciente no hubiese variado; para este tipo de casos, en principio, no hay lugar a indemnización. Por otra parte, están los casos en los que, de haber existido información previa adecuada, la decisión del paciente hubiese sido negarse a la intervención, por lo que se suele conceder la indemnización

íntegra del perjuicio no comunicado.

Cuando existe incertidumbre causal, surge la teoría de la pérdida de oportunidad, en la que aparece un daño previsible y no comunicado que priva al paciente de la posibilidad de tomar una decisión que afecta a su salud. Además, los efectos originados por la falta

Las demandas contra médicos tienen un altísimo componente técnico. La labor fundamental de los abogados es transmitir con claridad al juez esos argumentos técnicos para que sea capaz de entender la complejidad de este tipo de casos.

de información están especialmente vinculados al tipo de intervención. Éstas pueden ser asistenciales, y por lo tanto necesarias, o voluntarias. En el caso de las voluntarias, la jurisprudencia estima que es necesaria una información más rigurosa.

En el consentimiento firmado por la paciente no aparecía el riesgo de sufrir ojo seco, pero no se logró acreditar con suficiente claridad la vinculación entre la intervención y la aparición de la patología, por lo que el juez desestimó la demanda interpuesta contra el oftalmólogo. **APM**

Fuente: gacetamédica.com

<http://www.gacetamedica.com/politica/son-determinantes-los-defectos-en-el-consentimiento-informado-para-la-estimacion-de-las-demandas-IE1969802>

Desde 1956 conformamos
la Red Provincial de
prestadores de Salud para
la Seguridad Social.



y distritos:

Distrito I - Distrito II - Distrito III - Distrito IV
Distrito V - Distrito VI - Distrito VII - Distrito VIII
Distrito IX - Distrito X

 fecliba.org.ar

Nuevos Consentimientos Informados Según Ley 26.529

2da. Edición ampliada y actualizada según ley 26.742



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

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

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

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

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