

APM ARGENTINA PRAXIS MÉDICA

LA REVISTA DE LA MUTUAL

www.lamutual.org.ar

CALIDAD MÉDICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

GESTIÓN DE RIESGOS MÉDICO-LEGALES

RECOMENDACIONES ÉTICO-LEGALES DE LOS DATOS SANITARIOS

**La
mutual** Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional

www.lamutual.org.ar

Praxis | Médica

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

Nuestro valor

- Prevención y gestión del riesgo médico legal.
- Asesoramiento especializado ante el conflicto.
- 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

En la edición N° 64 de Argentina Praxis Médica abordamos distintos ejes relacionados con la gestión de riesgos, la seguridad del paciente y la calidad médica, entre los que se destacan:

· Una entrevista al Dr. Ezequiel García Elorrio, Director del Departamento de Calidad, Seguridad del Paciente y Gestión Clínica del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), una Asociación Civil sin fines de lucro que trabaja desde el año 2002 tratando de contribuir al sistema de salud desde una perspectiva académica, en aspectos de investigación de servicios de salud, cooperación técnica y educación.

· Un resumen con las principales "Recomendaciones ético-legales de los datos sanitarios individuales y masivos en salud", donde se reflexiona y analiza el impacto jurídico del Big Data en el sector sanitario. Una iniciativa del Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

· Una segunda entrevista con la Dra. Mariana Flichman, especialista en Gestión de Riesgos y Calidad de Médica, con quien conversamos sobre el panorama actual en relación a los reclamos e implementación de Programas de Gestión de Riesgos.

· Además compartimos información de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, que difundió el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, con una serie de medidas para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos en todas las instituciones sanitarias y promover la implementación y el uso correcto del listado de verificación de la cirugía.

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 Periódica:
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- "Es importante que los financiadores se involucren porque son ellos los que pagan el desperdicio". Entrevista al Dr. Ezequiel García Elorrio del IECS.

10- Recomendaciones ético-legales de los datos sanitarios.

13- Gestión de Riesgos médico-legales. Entrevista a la Dra. Mariana Flichman, especialista en Gestión de Riesgos y Calidad Médica.

17- Medidas para mejorar la seguridad de los procedimientos quirúrgicos.

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

/TPC Compañía de Seguros
www.webtpc.com

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

“Es importante que los financiadores se involucren porque son ellos los que pagan el desperdicio”

Entrevistamos al Dr. Ezequiel García Elorrio, Director del Departamento de Calidad, Seguridad del Paciente y Gestión Clínica en el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), una Asociación Civil sin fines de lucro que trabaja desde el año 2002 tratando de contribuir al sistema de salud desde una perspectiva académica, en aspectos de investigación de servicios de salud, cooperación técnica y educación. Entre otros temas conversamos sobre seguridad del paciente y calidad de la atención en salud. “En el IECS buscamos promover iniciativas fundamentadas en evidencias de implementación a lo largo del sistema de salud, con todos sus actores: proveedores, financiadores y ciudadanos, para lograr mayores niveles de calidad. Esto es aspiracional en cualquier lugar del mundo, y esa brecha entre lo que aspiramos y lo que ocurre en la realidad entendemos que se puede cerrar a partir de reconocer los problemas que existen en calidad de la atención en nuestra región”, asegura García Elorrio.



- ¿A qué nos referimos cuando hablamos de “calidad de atención”?

Calidad de atención es la suma de la presencia de efectividad, eficiencia, cuidados centrados en el paciente, seguridad del paciente, acceso y equidad. Dejé para el final “acceso y equidad” porque “acceso” es lo que habitualmente el ciudadano valora con más claridad y lo relaciona con “que lo atiendan rápido”. Pero cuando hablamos de “equidad” nos referimos a que el diseño de salud en nuestro país es cada vez más inequitativo, y si bien no hay garantías en ninguno de los subsectores, hay sectores o regiones que lamentablemente tienen peor desempeño.

Nosotros trabajamos en este escenario tratando de proveer soluciones, tanto adaptadas como de otros entornos (países desarrollados), como las que podemos desarrollar nosotros desde el propio IECS o de otros colegas en el país.

El tema de calidad de atención es interesante en este momento como aspecto puntual porque en los dos últimos años han salido tres reportes internacionales sobre la calidad de atención en países en desarrollo.

- ¿Qué dicen esos reportes en relación al tema de los eventos adversos?

Puntualmente en el tema de eventos adversos prevenibles se cree que 8 millones de personas mueren en el mundo por problemas relacionados con la calidad de la atención, y 5 millones de esas muertes podrían haber sido evitadas. Muchas ocurren en países más pobres que el nuestro, África subsahariana y el sudeste asiático, pero nuestra región tiene estimativamente una cantidad de oportunidades. Somos un país -a diferencia de otros- con recursos, y gastamos en salud una buena cantidad de dinero; por eso otro de los grandes objetivos que tenemos es el de reducir el desperdicio.

- ¿A qué se refiere con reducir el desperdicio?

Tratando de allanar qué es desperdicio, los japoneses tienen su propia visión: esperar, hacer de vuelta, hacer mal, generarle a los pacientes algún tipo de daño, tener sobrestock, entre otros; que en el sistema de salud tienen que ver con reinternaciones, infecciones intrahospitalarias, demoras, diagnósticos incorrectos, hacer de más, etcétera; todas formas de desperdicio que los países OCDE –organismo que la Argentina quiere integrar- estiman cercano al 30% del costo en salud, en países en desarrollados.

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
Afiliados a La
Mutual

CONSULTE
Ley Contrato Plus
con invalidez temporal
por enfermedad o
accidente

Descubra nuevas soluciones de protección

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

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 (Nº 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 \$35.000 pierde la vida o sufre una incapacidad. El Empleador estará obligado por ley a abonar \$175.000 en caso de muerte o \$350.000 en caso de invalidez total 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 int. 107
lamutual@lamutual.org.ar



- ¿Y cuál es el panorama en relación a la seguridad del paciente?

Seguridad del paciente es una disciplina que tiene unos 20 años. Como tal, la calidad en salud tiene 100 – 120 años, siendo bastante ignorada hasta los últimos 30 años. Dentro de esta especialidad, hablamos más de seguridad del paciente porque ha sido explícita que la complejidad del cuidado médico ha ido generando volúmenes de eventos adversos relacionados con el cuidado de la salud, que en parte pueden ser prevenidos.

Estudios primarios a nivel global demuestran que tal vez el 10% de los pacientes que recibieron algún daño durante una internación y que un porcentaje de ellos pudo haber sido evitado, y se ha generado una especialidad, la seguridad del paciente, que también es parte de la calidad de atención.

Este tema ha ido tomando volumen y como novedad, el 17 de septiembre, fue declarado por la OMS el día de la “Seguridad del Paciente”. Nosotros, como parte de los actores del sistema nacional de la región, tenemos una jornada anual que no es estrictamente del IECS. Se trata de un Foro Colaborativo

de Calidad y Seguridad en Salud, iniciativa que reúne a gran parte de los actores de nuestro país en una actividad anual, que no es solamente un evento sino una comunidad de práctica, y que realiza actividades en Buenos Aires, tratando de tener una visión más federal en otras regiones del país, buscando que el tema de la calidad y la seguridad estén cada vez más presentes en la agenda de los financiadores y los decisores en salud.

- Desde el punto de vista técnico, ¿qué diferencia hay entre un evento adverso y un error?

La definición que se está utilizando es la de “evento adverso asociado al cuidado de la salud”, por ejemplo, una infección intrahospitalaria. Hace 20 o 30 años, para el resto de la comunidad de salud eran vistos como un evento natural de la atención médica. Hoy, a medida que han ido avanzando diversas intervenciones para que esto no ocurra, ya no se ve de esta manera y un gran porcentaje de los mismos pueden ser evitados.

- Pero no existe la tasa cero en relación a este tipo de eventos...

La tasa cero se puede lograr por un tiempo, lo importante es tratar de convertir la tasa cero en un evento “frecuente”, y en un evento “infrecuente” la infección, por ejemplo.

Hoy los hospitales empiezan a medir la cantidad de días sin ciertas infecciones. No es que nunca más van ocurrir porque la ciencia tiene sus limitaciones. Además, cuando Argentina fue parte del G-20, los países decretaron que una de las tres prioridades es la resistencia antibiótica, así que imaginemos la importancia que está tomando el tema porque los antibióticos están dejando de ser efectivos.

Por eso, los eventos adversos relacionados al cuidado de la salud, algunos son prevenibles y otros no. Los que no, históricamente fueron llamados “errores médicos”, palabra que evito usar porque tiene una connotación negativa y lo importante es que deberíamos aprender del error para que no vuelve a ocurrir. En ese escenario, los hospitales deberían tener una estructura de aprendizaje para que los eventos adversos sean los menos frecuentes, especialmente los prevenibles, y a partir de eso aprender de estas circunstancias para diseñar sistemas cada vez más seguros. Por eso el tema de la seguridad del paciente tiene que ver con la cultura hospitalaria de trabajar para que estas cosas no ocurran. Es extremadamente poco común que un evento adverso tenga que ver con un acto voluntario de personas frente al paciente.

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

- ¿Qué sucede en una institución cuando se pone en marcha un sistema de reporte o registro de eventos adversos?

Hay toda una disciplina que tiene que ver con medir el daño y una de las formas de tratar de conocer sobre los eventos adversos son los sistemas de notificación. Se trata de sistemas donde se busca la participación con fines de mejora continua.

Nosotros hemos trabajado en algunos proyectos donde preferimos llamarlos “sistema de reportes de oportunidad de mejoras”, en vez de “reporte de eventos adversos”, para tener una circunstancia más positiva y que de alguna manera la gente sugiera. Por lo general, las soluciones están en manos de las personas que operan los procesos. Además, el nivel de capacitación que tiene el personal de salud es muy alto, la gente dedica muchos años a estudiar y entrenarse, y por eso son personas altamente calificadas para hacer recomendaciones, o por lo menos tienen mucha experiencia en hábitos muy precisos.

No creo que el primer acto sea implementar un sistema de notificación de eventos adversos, creo que lo que hay que tener es una política de seguridad del paciente que defina que hay un interés institucional en que estas cosas no ocurran y desplegar diferentes intervenciones: una de ellas es un sistema de notificación, donde haya iniciativas de aprendizaje que permitan que esto cambie. El problema que tiene nues-



tro país es que el sistema legal no protege estas iniciativas y la gente a veces tiene dificultades para registrar eventos adversos, generar un reporte, etc. Otros países, con leyes firmes, protegen estas iniciativas para evitar el miedo al reporte.

En las instituciones que se ha establecido el sistema, el éxito se mide por la cantidad: cuanto más reportes realicen no es que sean peores, solo indica que reportan más. Y además no reportan necesariamente eventos adversos que han llegado al paciente sino oportunidad de mejora o casi eventos, que constituyen la oportunidad para cambiar estos procesos.



ExpoMedical 2019

17ma. Feria Internacional de Productos, Equipos y Servicios para la Salud

25|26|27
SEPTIEMBRE

CENTRO COSTA SALGUERO
BUENOS AIRES, ARGENTINA

18^{VAS} JORNADAS DE CAPACITACIÓN HOSPITALARIA

PARTICIPE DEL MAYOR CENTRO DE NEGOCIOS Y CAPACITACIÓN.

El punto de encuentro del Sector Salud

✉ info@expomedical.com.ar ☎ (54-11) 4791-8001
f expomedical m expomedical @ expomedical

WWW.EXPOMEDICAL.COM.AR



el primer concepto es que los pacientes se involucren para garantizar para garantizar mejores prácticas que hagan sus cuidados más seguros.

- ¿Cuál es el perfil de paciente que observa en la actualidad, teniendo en cuenta que tiene acceso libre a la información médica, cada vez conoce más sus derechos y en ocasiones tiene numerosas demandas como consumidor?

Creo que la salud tiene aspectos que no son exactamente simétricos a la sociedad de consumo y aunque el paciente tenga información hay dos grandes asimetrías: leer en internet no significa entender de salud, y las circunstancias en las que el paciente se aproxima al sistema son de inferioridad (está enfermo o preocupado por su salud). Por eso primero habría que encontrar canales de comunicación que informen adecuadamente a los pacientes y que ellos, como ciudadanos con derecho, entiendan lo que están haciendo. Es necesario que tengan un rol de protagonistas cooperativos, que no todo sea

- ¿Cuál es el rol del paciente ante esta política de seguridad?

Eso es algo que se está estudiando hace bastante tiempo. Los niveles de calidad de atención o de servicios que tiene una sociedad, tanto en educación, salud u otros, está relacionado con la madurez social. El paciente debería ser un activo participante, hay

Es vital que haya reconocimiento, estrategia, implementación de técnicas probadas en la evidencia, y un monitoreo que evalúe el desempeño.

circunstancias que favorecen que esto ocurra, como instituciones que han comenzado a incorporar el Comité de Pacientes a nivel de gestión. Es interesante escucharlos, falta todavía que el paciente entienda que lo que se busca no es más acceso necesariamente, porque acceder a algo que funciona mal genera más daño. Si nosotros no promovemos acceso a instituciones que funcionan adecuadamente aumenta la probabilidad de daño. En ese escenario los pacientes deberían tener un rol activo, no está del todo claro todavía cuáles son las mejores prácticas, todavía son circunstancias que tenemos que seguir identificando. Pero básicamente

responsabilidad del personal de la salud, y que entiendan que el sistema no es solo una persona sino un conjunto de personas que están tratando de asistirlo como se merece, y que esa circunstancia cooperativa es fundamental. A nosotros nos cuesta mucho encontrar pacientes que entiendan lo que es la seguridad del paciente.

- ¿Cómo juega el tema del avance de la tecnología en salud? Las expectativas que genera en los pacientes, los beneficios y riesgos de su utilización, etc.

El punto es cómo incorporar tecnologías que resuelvan problemas y anticipar los nuevos problemas que van a generar. Por ejemplo, es interesante la introducción de la historia clínica electrónica porque es algo inevitable y necesario, pero trae circunstancias de co-

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



municación y registro que son nuevas, de las cuales hay que aprender.

Hay todo un capítulo sobre lo que es la efectividad de la tecnología. El otro tema es cómo generar un marco de expectativa realista frente a la tecnología y los sistemas. Todas las tecnologías agregan problemas, por menores que sean, el tema es cuánto solucionan.

- ¿Considera que está suficientemente incorporada la seguridad del paciente en la etapa de formación de las nuevas generaciones de médicos?

Es algo muy incipiente. Lamentablemente no es un tema que esté consistentemente incorporado en las universidades. Todavía no se discute en las escuelas de medicina o enfermería y que creo que es clave.

El punto crítico de la seguridad del paciente es entender que todos somos o vamos a ser pacientes, y es muy importante que trabajemos para que los eventos adversos puedan ser prevenidos cuando es posible. Por eso es vital que haya reconocimiento, estrategia, implementación de técnicas probadas en la evidencia, y finalmente un monitoreo que

evalúe el desempeño. Si esto no ocurre estamos dejando las cosas libradas al azar, a la confianza en una persona, a circunstancias que no podemos controlar, y de esa forma no hay "confiabilidad".

La confiabilidad es que se promueva que las cosas se hagan de la misma manera gran parte del tiempo y esto, en general, nos cuesta bastante en salud.

- Para terminar, ¿cómo va a la Argentina en relación a otros países?

Nuestro país tiene mucho por hacer comparado a nivel regional con la iniciativa de la seguridad del paciente. Si bien hay esfuerzos que están ocurriendo, todavía son incipientes y no sistemáticos, y eso tiene un costo posiblemente en vidas, seguramente en estado de salud, y un alto precio que estamos pagando, que a nivel mundial empieza a ser reconocido con más claridad. Es importante que los financiadores se involucren porque son ellos los que pagan el desperdicio. Pocas industrias financian el desperdicio como el sistema de salud y eso es incomprensible. **APM**

Por Graciana Castelli para APM.

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

Recomendaciones ético-legales de los datos sanitarios

El Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires (UBA), convocó a una mesa de diálogo, de la que participaron distintos actores del área de la salud, para reflexionar y analizar el impacto jurídico del Big Data en el sector sanitario.

Dicha reunión se realizó en julio pasado y tuvo como conclusión el dictado de “Recomendaciones ético-legales de los datos sanitarios individuales y masivos en salud”.

Compartimos algunos puntos relevantes.

Las nuevas tecnologías junto al manejo de datos masivos y grandes volúmenes de información sensible sobre salud plantean interrogantes y dilemas sanitarios, jurídicos y éticos que requieren de un abordaje interdisciplinario y constituyen una oportunidad para establecer pautas para consolidar los derechos ciudadanos en clave sanitaria.

Este ha sido el espíritu de la convocatoria a la conformación de una Mesa de Diálogo desde el ámbito académico, para permitir reflexiones y debates informados y ofrecer una visión intersectorial donde surjan recomendaciones sobre estos importantes cambios que impactan al sistema sanitario. Así, gracias a la participación y compromiso de un grupo de organismos e instituciones se ha consensuado el presente documento que contiene las Recomendaciones para el Tratamiento Legal y Ético de los Datos Individuales y Masivos en Salud.

I. RECOMENDACIONES GENERALES

1. Propiciar el desarrollo de políticas públicas tendientes a la protección de los datos personales en salud que aseguren los derechos fundamentales.
2. Promover la adecuación de los marcos legales y prácticas éticas, en el contexto de una estrategia de salud digital nacional y regional que provea un sistema de derechos, obligaciones, responsabilidades y controles adecuados, junto a salvaguardas eficaces para la protección de derechos, que sean flexibles y permitan el desarrollo de la innovación.
3. Entender que la protección de los datos sanitarios comprende tanto los registros médicos y administrativos nominalizados como sus documentos complementarios, debiendo asegurarse su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad, disponibilidad en todo momento y que existan mecanismos de recuperación de los datos de salud almacenados.
4. Introducir oportunidades de mejora en la coordinación y articulación de los subsistemas sanitarios a través del uso adecuado de datos relativos a salud.
5. Establecer mecanismos de contralor, homologación y/o certificación, según corresponda para las aplicaciones y empresas de desarrollo informático vinculadas a la recolección automática o programada de datos sanitarios.

II. RECOMENDACIONES SOBRE CIUDADANÍA SANITARIA

6. Promover el diálogo intersectorial sobre los beneficios y riesgos del uso de los datos relativos a salud, en clave de derechos, y fomentar consensos en relación a temas tales como propiedad, uso, cesión y transferencia de datos, donación, puesta en valor, prácticas éticas, bases de datos abiertas, uso de redes sociales en salud, la telemedicina y la formación técnico-profesional e individual, todo ello a efectos de fortalecer la construcción de una ciudadanía sanitaria.





7. Reconocer el desequilibrio estructural entre quienes producen la recolección, almacenamiento, tratamiento y uso de datos en salud y los usuarios del sistema sanitario, como la parte más vulnerable de la relación.

8. Colaborar en la disminución de la brecha digital y mejorar las habilidades tecnológicas para que no constituyan una barrera en el ejercicio de los derechos vinculados a los datos en salud.

9. Fortalecer una ciudadanía sanitaria con eje en la protección de datos personales referidos a salud, mediante procesos informados, participativos y transparentes que propicien y refuercen el conocimiento de los derechos y obligaciones involucrados en estos procesos.

III. RECOMENDACIONES SOBRE GARANTÍAS

10. Asegurar al titular del dato el acceso a todo registro almacenado sobre su salud en algún repositorio sea público o privado y la obtención una copia en un formato que le permita su posterior utilización y ejercicio de sus derechos.

11. Garantizar al titular, a su pedido, la cesión

o transferencia de sus datos personales referidos a salud, de responsable a responsable de la atención sanitaria, a fin de compartir la información de sus registros médicos electrónicos, sin perjuicio del lugar de registro original, con las protecciones y medidas de seguridad adecuadas.

12. Asegurar al titular del dato el derecho a otorgar autorizaciones, preferencias y control del acceso, cesión y transferencias de la información sanitaria, exceptuando aquellas situaciones en que el acceso sea necesario para el normal desarrollo de las actividades de prestadores o financiadores sanitarios.

13. Requerir el consentimiento expreso del titular del dato en el supuesto de tratamiento incompatible con la finalidad de origen de la recolección, excepto en los casos en los que los datos recogidos puedan ser plenamente disociados y en consecuencia no puedan ser atribuidos a persona determinada o determinable.

14. Promover procesos de disociación de los datos personales de salud, a los fines de su tratamiento por el responsable, en la medida de lo posible, así como criterios para la implementación de técnicas de disociación.

15. Si es posible asegurar que el dato sani-



**Asociación de Clínicas
y Sanatorios Misiones Sur**

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



tario esté disociado no se considerará dato sensible y podrá ser utilizado para investigaciones científicas, estadísticas o actividades análogas, de conformidad con lo prescripto en la Ley N° 25.326 y criterios éticos en la materia.

16. Ejercer una gobernanza efectiva de los conjuntos de datos que involucren a toda la población y en particular a los sectores más vulnerables, evitando cualquier estereotipo o patrón que pudiere generar exclusión, penalización, segmentación, estigmatización o discriminación de cualquier tipo –y especialmente sobre la salud- y que pueda derivar en daños individuales o colectivos.

IV. RECOMENDACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DEL DATO EN SALUD

17. Implementar mecanismos de obligatoriedad de notificación al titular del dato y a la autoridad de aplicación de la Ley N° 25.326, sin dilación indebida, de cualquier incidente de seguridad susceptible de causar un riesgo o daño significativo, cierto o potencial. La notificación deberá realizarse de manera enunciativa pero no limitativa, indicando los datos que puedan estimarse afectados, fecha, motivo del incidente, los hechos relacionados con este, efectos y medidas co-

rectivas implementadas de forma inmediata y definitiva.

V. RECOMENDACIONES SOBRE LA PROHIBICIÓN DE USO CON FINES DISCRIMINATORIOS

18. Prohibir que los datos en salud puedan ser utilizados en la elaboración de perfiles o apreciación de conductas tendientes a discriminar a su titular por cualquier motivo.

19. Permitir al ciudadano el derecho a oponerse a ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado de datos, incluida la elaboración de perfiles, que le produzca efectos jurídicos perniciosos o lo afecte de forma negativa, con las excepciones previstas por ley.

VI. RECOMENDACIONES SOBRE EL DERECHO DE SUPRESIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

20. El responsable del tratamiento podrá oponerse a la solicitud de supresión del titular de los datos cuando pudiese causar perjuicios a derechos o intereses legítimos de terceros o cuando existiera una obligación legal de conservar los datos (art. 16 inc. 5 de la Ley N° 25.326)".

VII. RECOMENDACIONES SOBRE CESIÓN Y TRANSFERENCIA

21. Propiciar que la cesión y transferencia de datos personales de salud sea lícita en caso de resultar necesaria para la prestación de un servicio sanitario, prevención, diagnóstico, tratamiento o gestión de servicios sanitarios, entre otras, estableciéndose que el receptor de esos datos personales tenga las mismas obligaciones que quien originó dicha transferencia (responsabilidad solidaria).

VIII. RECOMENDACIONES SOBRE CAPACITACIÓN

22. Promover programas de capacitación permanente para los integrantes del sector sanitario o afines, con competencia específica en la temática.

23. Concientizar en el uso responsable de los datos personales relativos a la salud al personal de empresas de servicios de datos, prestadores y financiadores del sector salud, como así también a los ciudadanos en general. **APM**

Para acceder al Documento Completo: https://drive.google.com/file/d/19ffaT7ojZOMIt3W-RAs_sOK8FLeW3hfw/view

Fuente: Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires.



Gestión de riesgos y calidad médica

Entrevista a la Dra. Mariana Flichman, especialista Gestión de Riesgos, Seguridad del Paciente y Calidad Médica.

- ¿Cuál es la mirada actual en relación a la prevención y gestión de riesgos médicos?

Cuando empecé a trabajar en lo médico-legal, la primera conclusión, allá por el año 2001, fue que había muchos reclamos que tenían por detrás cuestiones médicas importantes, fallas del proceso de atención.

En el ámbito penal uno se encuentra con el paciente y la familia. Al defender situaciones difíciles surgió la necesidad de trabajar en prevención, en el cómo hacemos para hacer que estas situaciones directamente no ocurran.

Como comunidad médica hay que revisar, tener una mirada hacia el interior, y repensar la gestión de riesgos y la seguridad del paciente porque muchos de los reclamos tienen fallas importantes en los procesos de atención médica. No se trata necesariamente de errores médicos, sino de fallas en el proceso, que es mucho más complejo que el error de una enfermera o de un médico porque tiene que ver con todo el sistema, con la continuidad y el cuidado en todo el proceso de atención: ambulatorio, internación, cuidados domiciliarios, cobertura.

- Muchas veces se piensa que los problemas surgen únicamente cuando el paciente está internado...

En realidad tiene que ver con todo el proceso, por ejemplo: la entrega tardía de resultados de laboratorio o imágenes; una recepción inadecuada en la guardia por falta de formación profesional del equipo administrativo en el que muchas veces se delega la decisión de quién se atiende primero; las consultas previas en la ambulancia; entre otros.

Esto no solo incluye a médicos y a enfermeros, también al personal administrativo, al servicio de cocina, porque de pronto una dieta equivocada o darle de comer a un paciente que tenía que estar ayunado hace que ese paciente no se pueda operar.

Por eso yo promuevo que las instituciones tienen que tener un Programa de Gestión Integral de Riesgos.

- ¿Y cómo observa el panorama en relación a los motivos de reclamo judicial contra médicos e instituciones?

Hubo un drástico cambio en los últimos 10 años y las demandas claramente tienen motivos médicos mucho más específicos o finitos.

Antes el reclamo era “me operaron del lado equivocado” o “tuve una sepsis después de una cirugía y casi me muero”. Eventos muy graves o errores que cualquiera puede ver.

Los reclamos de hoy tienen mucho asesoramiento médico y entonces es “me dieron el antibiótico tal que no me cubrió tal bacteria”. Son cuestionamientos que solo pudieron ser elaborados por un médico. Entonces hoy las pericias son más técnicas, ateneos médicos, porque del otro lado hay peritos especialistas y formados, y los reclamos están formulados desde otro lugar. Además los abogados también aprendieron a demandar mala praxis.

- ¿Y qué pasa con el paciente en la actualidad? Su relación con el médico, el acceso a la información, el hecho de tener mayor conocimiento de sus derechos como paciente...

Estamos en una sociedad compleja, que en general tiene intolerancia al mal resultado y esto obviamente también se ve en las cuestiones médicas. Lo que hace 15 años se le atribuía a Dios –en el caso de los creyentes- o a la fatalidad –en los no creyentes-, hoy encuentra o busca un responsable en el equipo de salud. Esta es una realidad que lleva también a situaciones de violencia muy importantes que distorsionan un poco todo porque los médicos y el equipo de salud están con una actitud más defensiva, y el paciente, aunque no siempre es así, se muestra cada vez con más intolerancia al mal resultado.

Por otro lado está el tema de la información. Obviamente la sociedad está más informada. El acceso al “Sr Google” es bueno y es malo. Es bueno el acceso “a la buena información” pero el que no es médico tampoco puede discriminar qué es bueno y qué es malo, y esto genera situaciones complicadas en el consultorio cuando el paciente llega con un montón de información que no puede administrar, y el médico, a veces, por no generar una controversia, por no discutir y no tener un problema, termina pidiendo estudios que no son necesarios. Esto también lleva a una mala medicina. Hoy, en todos los congresos tenemos un lema, “menos es más”, porque hacer estudios de más genera sobre-diagnósticos y por lo tanto sobre-tratamientos.

Otra cuestión relacionada con la información es el derecho del paciente a estar informado. Muchas veces el salir a buscar a Google tiene





que ver con falta de información por parte del equipo de salud, y esto hoy ya constituye por sí mismo un motivo de reclamo.

La 26.529, hoy código civil y comercial, surge como una necesidad de la sociedad de tener más información por parte de nosotros como equipo de salud. Yo he realizado encuestas a la entrada de los quirófanos o centros ambulatorios, preguntándole a la persona que venía con su consentimiento informado qué sabía de lo que se le iba a hacer, y lo cierto es que la mayoría había firmado porque sabía que sin eso no se podía operar pero no tenía el conocimiento que merecía o debiera tener. Entonces ahí, como equipo de salud, no estamos a la altura de la circunstancia y surge la necesidad de la declaración por escrito. Pero ese papel, el famoso consentimiento informado, debiera ser la expresión de un proceso que ocurrió antes. Y si ese proceso existió, no importa donde lo firma el

paciente. El problema es cuando el proceso no existió.

Cuando hay un paciente en una terapia intensiva, muchas veces la familia cuestiona no haber tenido un consentimiento para una práctica específica. En ese caso sucede que el proceso ocurre todos los días en el momento del pase de guardia, donde hay un informe que un médico de la terapia intensiva le brinda a la familia, por la mañana y por la tarde. No hace falta que cada uno de esos informes quede volcado o firmado por la familia. El consentimiento escrito debiera ser uno y el proceso se va desarrollando todos los días. Hay que separar el proceso de información de la declaración escrita. Y en esto hay responsabilidad de las dos partes: si la sociedad exige que por cada información haya un papel escrito, los médicos en vez de dedicarse a lo que tienen que hacer, que es atender a los pacientes e informar al paciente y a la familia, terminan haciendo un documento por cada cosa que dicen o hacen, y ahí nos estamos equivocando. El equipo de salud tiene que mejorar el proceso de atención, y por eso hoy todos los cursos tienen que ver con cómo comunicar mejor.

- Además son muchos los actores que están en relación con el paciente durante el proceso de atención. Por ejemplo, ¿han aumentado los reclamos contra enfermeros?

Hoy los reclamos también se están ampliando al resto del equipo de salud. Contra los enfermeros aumentaron, no de manera impactante, pero es un aumento progresivo. Y también, por ejemplo, hemos tenido reclamos contra un camillero porque se le cayó un paciente al subir a la ambulancia o contra un técnico de imágenes.

La realidad es que cuando se hace un recla-

La revista líder del Sector Salud

Medicina Global
Médicos

La revista de salud y calidad de vida

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



mo también se busca un mayor número de seguros porque detrás de cada profesional hay una póliza, y eso es algo que los abogados tienen presente.

- ¿Y qué pasa con la comunicación entre los miembros del propio equipo de salud?

También es un problema. La OMS establece que el 80% de los eventos adversos que ocurren tienen en el proceso de ocurrencia fallas en la comunicación en el equipo de salud. Por un lado las fallas en la comunicación inciden en el mal resultado; y por otro lado, desde el equipo de salud al paciente, muchas veces la comunicación es fragmentada, no es coherente, y tal vez en un evento crítico el terapeuta dice una cosa, el cirujano otra, etc.

Yo dirijo el programa de reporte y gestión de incidentes en anestesia. Los anesestesiólogos fueron los primeros que salieron a decir “queremos tener un programa que gestione esto para nuestra especialidad”. Tanto fue así que tenemos una guardia 24 hs que tiene como uno de los objetivos organizar la comunicación, cómo se le va a dar la noticia a la familia, incluso elaboramos un protocolo de comunicación de eventos críticos en quirófano. Por ejemplo: un paro cardíaco, por más que no haya ocurrido ninguna falla en el quirófano, después del estrés de la reanimación, el médico, totalmente involucrado y afectado tiene que salir a informar. ¿Ese médico está en condiciones? Realmente no, entonces



ante una situación de estas características decimos “vamos a perder 10 segundos para ganar 10 minutos”, y reunimos al cirujano, la circulante de quirófano, el anesestesiólogo, el terapeuta que vino a ayudar y entre todos tratar de entender qué paso, y luego se elige al comunicador: quién va a comunicar a la familia, qué se le va a decir, a veces uno no pude dar toda la información desde el primer momento porque no la tiene y eso no significa no ser sincero y la familia tampoco está en condiciones de recibir toda la información de golpe, incluso a veces hay un solo familiar y hay que pedirle que traiga a alguien más para que esté acompañado.

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



OSN
SUPERINTENDENCIA DE
SEGUROS DE LA NACIÓN
www.osn.gob.ar
0800-668-6400

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





ca del riesgo judicial y la entidad económica, un acuerdo. Las situaciones que no se pudieron resolver ni en la instancia prejudicial ni en la mediación, son las situaciones que llegan a juicio y en la mayoría de los casos la demanda es rechazada. Pero es un dato viciado porque muchas de las cuestiones que no hubiesen sido rechazadas se solucionaron en las instancias previas.

- Dada su experiencia, ¿cuál es la mirada federal en relación al trabajo en gestión de riesgos en las instituciones de nuestro país?

Hay muchas circunstancias que hacen a la situación y si fallan tienen que ver con el reclamo a futuro porque esa familia que recibió de mala manera la comunicación termina generando un reclamo.

- Una vez iniciado un reclamo, ¿qué indica la tendencia?, ¿prosperan a juicio?, ¿son resueltos en instancias previas?

Las compañías de seguros tienen políticas variables, algunas tienden a arreglar y otras no. Existe la instancia prejudicial, donde a veces se hacen acuerdos, en donde tenemos una familia contenta porque siente que fue escuchada y tuvo una compensación, y permite una reconstrucción del vínculo con el sistema de salud. En Argentina todavía no hay mucho escrito sobre esto. En otros países ya son oficiales las compensaciones y hay fondos de compensación extrajudiciales. Yo creo que es la tendencia a futuro para aquellos casos en donde ha existido una falla y donde el pedido sea razonable. Tiene que haber buena predisposición de las dos partes.

Después viene la instancia de la mediación donde hay, de acuerdo a la evaluación técnica

En Argentina no medimos el costo de la no calidad. A nivel internacional hay estudios actuariales donde los países se reúnen y pueden ponerle un costo, está calculado, por ejemplo, cuánto cuesta una infección hospitalaria, una caída de una cama.

Hoy es más alto el costo de los eventos adversos. Se gastan millones y millones de pesos y ante esto una institución puede decir que en general ese costo lo absorbe el financiador. ¿Pero quién lo paga? ¿El financiador o el prestador? Esto va a depender de la modalidad de contrato pero lo cierto es que lo terminan pagando los dos. Obviamente en un sistema capitado como el que tiene el Pami lo paga el prestador, la institución, pero no lo sabe porque no lo mide, pero está pagando costos millonarios. El promedio de días de estancia de más por eventos adversos en Argentina es de 6.4, esto quiere decir que en promedio, por cada paciente que se complica, esa institución está absorbiendo el costo de 6 días de internación y se está perdiendo de vender 6 días de internación. El problema es que como no se mide no se sabe y se considera un gasto genérico. **APM**

Por Graciana Castelli para APM.

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

Medidas para mejorar la seguridad de los procedimientos quirúrgicos.

Compartimos información difundida por la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria. Se trata de una serie de medidas para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos en todas las instituciones sanitarias y promover la implementación y el uso correcto del listado de verificación de la cirugía.

A partir de un incidente reciente de público conocimiento que causó efectos graves y permanentes para una persona relacionada con la seguridad al momento de una cirugía, la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria cree necesario comunicar algunos conceptos importantes.

Tradicionalmente, la seguridad del paciente se basó en la responsabilidad individual de los profesionales intervinientes. Se asumía que profesionales diligentes, prudentes y con un adecuado desarrollo de sus competencias (mayormente técnicas), garantizaban una práctica exenta de daños evitables. Sin embargo, desde hace tiempo se conoce que no alcanza con el esfuerzo individual para prevenir eventos adversos relacionados con la atención de la salud y que se debe poner el énfasis en medidas sistémicas para evitar que ocurran. Aunque muchas de ellas son simples y de bajo costo económico, aún no se encuentran ampliamente implementadas.

Con el objetivo de mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos en todas las instituciones sanitarias y promover la implementación y el uso correcto del listado de verificación de la cirugía, esta Dirección recomienda:

- Desarrollar acciones para la implementación, adaptación, uso adecuado y evaluación de la utilización del Listado de Verificación para la Cirugía Segura aprobado por resolución 28/2012 del entonces Ministerio de Salud (ver más abajo).
- Desarrollar acciones que comprometan a todo el personal que participa del procedimiento quirúrgico (cirujanos, anestesiólogos, instrumentadoras, etc.) en lo siguiente:
- Desarrollar métodos para prevenir daños causados por la administración de anestésicos, a través del monitoreo continuo del paciente durante la cirugía.
- Prepararse para reconocer y reaccionar con eficacia frente a pérdidas de vía aérea o de función respiratoria que podrían ser letales.

- Prepararse para reconocer con eficacia el riesgo de alta pérdida de sangre.
- Prevenir reacciones adversas o una reacción negativa entre drogas en casos en los cuales se sabe que el paciente tiene alto riesgo de estos eventos.
- Utilizar constantemente los métodos conocidos para reducir al mínimo el riesgo para la infección del sitio quirúrgico.
- Prevenir la retención inadvertida de instrumentos o de esponjas en heridas quirúrgicas.
- Identificar y almacenar correctamente todas las muestras quirúrgicas.
- Comunicarse e intercambiar con eficacia la información crítica para la conducta segura de la operación.
- Comunicarse e intercambiar con eficacia la información crítica en la transferencia del paciente desde el quirófano hacia otros sectores de la institución.
- Establecer un sistema de vigilancia rutinaria de la capacidad, del volumen y de los resultados quirúrgicos en los hospitales y sistemas de la salud.
- Asegurar la documentación y descarte de las drogas anestésicas utilizadas durante la cirugía.

Listado de Verificación para la Cirugía Segura

El Listado de Verificación para la Cirugía Segura promueve la adherencia a prácticas de seguridad establecidas y requiere de recursos mínimos para su aplicación. Por resolución 28/2012 del entonces Ministerio de Salud de la Nación, se aprobó el Listado de Verificación para la Cirugía Segura y su Manual de Uso e Instrucciones, en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención médica.

Es de uso público, libre y gratuito y se encuentra disponible en <https://www.argentina.gob.ar/garantia-de-calidad-de-la-atencion-medica/seguridad-del-paciente>.





Esta herramienta aborda de manera sistemática, redundante y en distintas etapas los principales determinantes de una cirugía segura:

- Paciente, operación y sitio correcto: Obligando a verificar en las distintas etapas la identidad del paciente, el sitio quirúrgico, el procedimiento y el consentimiento.
- Anestesia y resucitación segura: Verificando que se complete el control de la seguridad anestésica, que el oxímetro de pulso funcione y esté colocado, que se cuenta con el instrumental adecuado para abordar una vía aérea difícil y que se revisaron los problemas y necesidades específicas del paciente.
- Riesgo de infecciones del sitio quirúrgico: Confirmando antes de incidir piel el viraje de los testigos de esterilización del instrumental

y la profilaxis antibiótica.

- Comunicación y trabajo en equipo eficaz: Confirmando que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función, y revisando en equipo los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.

Si bien se refiere a cirugías, es adaptable a los distintos tipos de procedimientos invasivos que impliquen riesgos y puede ajustarse a las necesidades locales. **APM**

Fecha: 31 de julio de 2019

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social / Salud
<https://www.argentina.gob.ar/noticias/recomendaciones-para-mejorar-la-seguridad-en-los-procedimientos-quirurgicos>



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 Lornitas)
 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)

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**