

GUARDIA • 24

Diciembre 2021 | N° 55



SUMARIO:

- P.2 Nota del Editor.
- P.3 Interrupción legal del embarazo en la Argentina. Situaciones conflictivas y los silencios de la ley.
- P.9 Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria (Parte II).



SWISS MEDICAL
S E G U R O S

GUARDIA • 24



Nota del Editor

Estimados Asegurados:

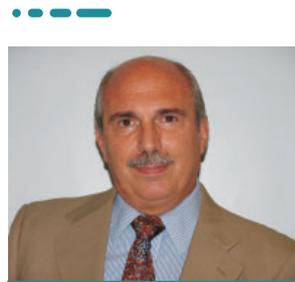
En esta oportunidad, consideramos de gran importancia compartir con ustedes algunas reflexiones sobre la interrupción voluntaria del embarazo y algunas carencias, a nuestro juicio trascendentes, de la ley que la regula y que entrara en vigencia en enero de 2021.

En segundo lugar, continuaremos desarrollando los distintos aspectos de las acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria.

Esperamos que sean de vuestro interés.

Los saluda atte.

Dr. Horacio E. Canto
Gerente de Servicios Médicos y
Responsabilidad Civil Profesional
Swiss Medical Seguros
Swiss Medical Group



Línea "On line 24 hs"
0800 - 333 -1118

LÍNEA DIURNA
(011) 5239-7933 | Dra. Sandra Lizos (9 a 16 hs.)

E-mail: guardia24@smg.com.ar

Interrupción legal del embarazo en la Argentina.

Situaciones conflictivas y los silencios de la ley.

Dra Mariana Flichman
Gerencia de Riesgo y Calidad Médica
Swiss Medical Group

Introducción:

A la hora de escribir este artículo, traté de dejar de lado mis propias convicciones respecto del tema y ofrecer, por un lado, un análisis objetivo de la Legislación en la materia, fundado en la experiencia de los años que llevo gestionando situaciones médico-legales complejas, también, por haber participado en la elaboración de múltiples guías de trabajo y procedimientos redactados a fin de dar cumplimiento a una Ley que, a mi humilde entender, tiene profundos vacíos que se esperaba fuesen subsanados con la reglamentación, cosa que lamentablemente no ocurrió, y por otro, compartir algunas de las situaciones conflictivas que con frecuencia nos toca gestionar.

Reseña normativa:

Históricamente, el aborto no punible quedaba restringido por el código penal a muy escasas situaciones. Luego, había un segundo grupo de casos que judicializados, a veces con mucha demora en la resolución, terminaban también como abortos legales. Pero la gran mayoría de los abortos, hasta la promulgación de la presente Ley, se realizaban de manera ilegal y, no pocas veces, sin las mínimas condiciones sanitarias.

En 2012, la Corte Suprema en el «Caso F.A.L.» estableció por unanimidad que el artículo 86 del Código Penal de la Nación permitía el aborto en los casos de violación y de peligro para la salud o vida de la mujer o persona gestante en un concepto amplio de salud (definición OMS) y para todas las mujeres. En resumen, el fallo trata un caso judicial surgido en Chubut. Una joven de Comodoro Rivadavia fue violada por su padrastro cuando tenía 15 años y su madre recurrió a la Justicia para que su hija pudiera realizarse el aborto en un hospital público. Su reclamo fue rechazado en primera y segunda instancia de la Justicia de Chubut y, cuando la joven cursaba la semana 20 de embarazo, intervino el Tribunal Superior de Justicia (TSJ) provincial, que encuadró el caso como uno de los supuestos de aborto no punible del artículo 86 del Código Penal de la Nación y permitió la realización del

aborto.

Tras el fallo del STJ de Chubut, un funcionario judicial provincial apeló la resolución ante el máximo tribunal del país, aunque el aborto ya se había realizado. En esa sentencia, **la Corte determinó que cualquier aborto de un embarazo producto de una violación, sin importar la salud mental de la mujer, no es punible**, tanto para la mujer como para la persona que cause la interrupción del embarazo.

En el mismo caso, la Corte Suprema de Justicia le encargó a los poderes ejecutivos nacionales y provinciales la elaboración de protocolos hospitalarios, para que las mujeres que desearan abortar en los casos de abortos no punibles, no vieran negado su derecho debido a trabas burocráticas (aspecto cuestionado por algunos sectores por considerarlo una intromisión en los otros poderes del Estado).

La problemática es compleja y diferente para los distintos sectores de la sociedad y las distintas regiones del país.

Algunas provincias, como por ejemplo Río Negro (Ley 4.796, 2012) o Chubut (Ley 1514, 2010), ya contaban con una Ley de aborto e incluso con legislación provincial en relación a la objeción de conciencia, desde mucho tiempo atrás.

La Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, Ley N° 27.610 de Argentina, fue sancionada por el Congreso Nacional el 30 de diciembre de 2020, promulgada el 14 de enero de 2021 y reglamentada el 13 de agosto del 2021.

Establece el derecho al aborto en todos los casos hasta la semana catorce inclusive, manteniendo la vigencia del derecho a la interrupción del embarazo en casos de violación y riesgo para la vida o salud de la madre, sin límite de tiempo.

Modifica el código penal, eliminando el aborto como delito, en el marco impuesto por la Ley e **introduce como delito** la negativa profesional a realizarlo, nuevamente en las circunstancias establecidas por la Ley, es decir, incorpora un nuevo “delito” exclusivo para los profesionales de la Salud.

En resumen:

- ANULA la sanción para los profesionales que realicen la interrupción del embarazo en el marco de la Ley 27.610.
- ANULA el delito previsto para las mujeres que se practiquen con o sin asistencia profesional un aborto.
- INCORPORA COMO DELITO TANTO LA NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO, COMO EL INCUMPLIMIENTO DE LA PRESENTE LEY en el artículo 85 bis:

“Será reprimido o reprimida con prisión de tres (3) meses a un (1) año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena, el funcionario público o la funcionaria pública o la autoridad del establecimiento de salud, profesional, efector o personal de salud que dilatare injustificadamente, obstaculizare o se negare, en contravención de la normativa vigente, a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados.”

Un capítulo aparte merecen los antecedentes normativos respecto a la objeción de conciencia de los profesionales de la Salud, enmarcados en el derecho universal a la Libertad de conciencia, reconocido universalmente por el Derecho Internacional y por nuestra Constitución Nacional.

La objeción de conciencia es un derecho constitucional, dado que configura una modalidad de ejercicio de la libertad religiosa y de conciencia (arts. 14 y 19 de la Constitución Nacional, reconocido también en el derecho internacional: arts. 12 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; artículo 18 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 18 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y se encuentra ampliamente tratado en la jurisprudencia formando parte de su contenido en diversos fallos). Pero analizaremos este aspecto en profundidad más adelante.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) la ha definido como el derecho a no cumplir una norma u orden de la autoridad que violente las convicciones íntimas de una persona, siempre que dicho incumplimiento no afecte significativamente los derechos de terceros ni otros aspectos del bien común (“Asociación de Testigos de Jehová c/Consejo Provincial de Educa-

ción del Neuquén s/acción de inconstitucionalidad”). **Debe tenerse en cuenta que el objetivo de ejercer el derecho a la objeción de conciencia no sería la obstrucción de una norma legal, sino obtener el legítimo respeto a su propia conciencia.**

Finalmente, a partir de la Ley, se aprueban o modifican diferentes protocolos en las provincias, a fin de dar cumplimiento a lo establecido en la letra de la Ley.

Conflictos del marco normativo: solo los mencionaré, ya que exceden el objetivo del presente artículo:

- La Ley Nacional establece un conflicto entre los derechos de la persona por nacer, establecidos en el marco normativo argentino y el derecho a la autonomía de la persona gestante.
- La Ley ignora la paternidad, considerando en forma exclusiva el derecho a decidir de la madre, cuando en todo el marco normativo relacionado a la responsabilidad parental, ambos progenitores participan de las decisiones.
- La interpretación respecto a la objeción de conciencia en muchas provincias adquiere un criterio restrictivo, excepcional y le pone límites, claramente anticonstitucionales y absolutamente en contra de lo establecido en el derecho internacional, a partir del texto del artículo 10.
- Le Ley “tipifica” una nueva forma de “delito”, excediendo el marco de una Ley que regula un aspecto específico de la atención de la Salud.

La Ley se complementa con la aprobación del Protocolo Nacional para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y con los posteriores protocolos provinciales.

Aspectos centrales de la Ley y su decreto reglamentario:

LA EDAD GESTACIONAL:

El primer aspecto a señalar es que la Ley no se define como una ley que regula el aborto, sino la interrupción del embarazo. Esta disquisición no es menor, **ya que no limita la edad gestacional, regulando el proceso de interrupción del embarazo en cualquier etapa del mismo.**

La ley contempla la interrupción de embarazos avanzados, con niños con capacidad de sobrevivir fuera del vientre materno. En ningún párrafo de la Ley hace mención a un límite a la edad gestacional.

Esto ha generado situaciones gravísimas en la práctica asistencial. Graves desde donde se lo mire... Compartiré

una con ustedes:

“Una médica anestesióloga es convocada al centro quirúrgico de su Hospital, un sábado, a realizar una anestesia para la interrupción de un embarazo avanzado. Aproximadamente 23 semanas le informan. Ella se declaró objetora de conciencia al momento de comenzar a trabajar en la provincia, ante el Ministerio de Salud y ante la Institución privada para la cual trabaja.

Al invocar ella su declaración previa de objetora, recibe una intimidación del hospital, maltrato verbal y, finalmente, la dirección del nosocomio le informa que rechazan la objeción de conciencia y que debe concurrir. Debemos destacar que el hospital cuenta con un anestesiólogo NO objetor. La intimidación fue verbal y escrita.

Un colega decide hacer el procedimiento, a pesar de ser objetor, ante la desesperación de la médica. El niño nació vivo, lloró, y fue envuelto en una compresa, hasta que falleció.”

Aún hoy, el Ministerio de Salud de esa provincia rechaza la objeción de conciencia de los médicos anestesiólogos y de todo profesional que no sea el ginecólogo que realiza la práctica.

SOGIBA, la Sociedad de Obstetricia y ginecología de Buenos Aires, realizó una encuesta entre sus socios, en relación a este tema. Respecto específicamente a la edad gestacional, dentro del grupo a favor de la interrupción voluntaria del embarazo, **83% consideró que el límite debía estar en las 14 semanas**, el 17% restante opinó que el límite podía ser superior.

Clasificación en interrupción voluntaria e interrupción legal del embarazo:

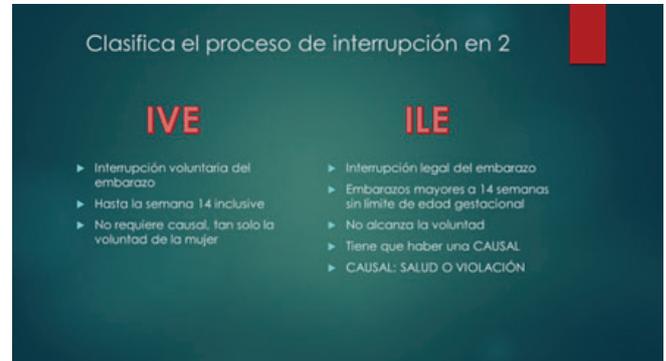
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE):

La Ley establece que hasta la semana 14 (inclusive), la persona gestante puede decidir la interrupción del embarazo sin expresión de causal, brindando su consentimiento informado.

INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE): Cumplida la semana 14, la ley incorpora la obligatoriedad de una causal: violación o riesgo para la salud integral. En el caso de violación, no será exigible la denuncia policial, pero si una declaración jurada que afirme que el embarazo es la consecuencia de una violación. Para la causal salud, no es exigible un riesgo cierto, sino que basta el riesgo potencial y comprende el concepto de Salud física, psíquica y social, tal cual lo establece la OMS.

La causal debe quedar claramente establecida en la historia clínica y es un deber de los profesionales realizar una correcta valoración de la misma.

En ninguno de los dos casos es necesaria la intervención judicial.



Las personas con un embarazo consecuencia de una violación necesitan un abordaje particularmente sensible y es importante que todos los niveles del sistema de salud sean capaces de ofrecerles el cuidado y apoyo apropiados, además de considerar la derivación oportuna, de ser necesario.

El equipo de salud debe informar a la mujer o persona gestante su derecho a realizar la denuncia policial o judicial de la violación para que se investigue y sancione al agresor. Es importante recordar que los delitos contra la integridad sexual de personas a partir de los 18 años son de instancia privada (art. 72 CP), es decir, que la investigación penal nunca se inicia de oficio y se requiere la denuncia de la mujer para impulsarla.

Además, se le informará su derecho a conservar la evidencia genética que pueda aportar prueba al proceso judicial correspondiente.

El establecimiento de la causal salud genera, frecuentemente, situaciones conflictivas cuando hay una diferencia de criterio entre diferentes profesionales intervinientes.

Veamos otro ejemplo de la vida real: *“Embarazo avanzado, diagnóstico de síndrome de Down, certificado de psicólogo que determina una afección a la salud emocional de la madre, padre que desea continuar la gestación, madre que no...”.*

EL POSABORTO

Siempre debe ser atendido, más allá del cumplimiento o no de la causal y por todos los profesionales, más allá de la objeción de conciencia.

DERECHOS GARANTIZADOS

En todos los casos, se debe garantizar la autonomía de voluntad, el trato respetuoso, el derecho a la información, la privacidad y la confidencialidad.

GESTANTES MENORES DE EDAD

La Ley interpreta el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación y establece que, a partir de los 13 años, el consentimiento puede ser brindado por la menor sin necesidad de acompañamiento.

En mi opinión personal, esta interpretación no es correcta.

El artículo 26 dice:

ARTÍCULO 26.- Ejercicio de los derechos por la persona menor de edad. La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales.

No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada (Comentario: debe ser el criterio médico el que establezca el nivel de madurez).

La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne así como a participar en las decisiones sobre su persona.

Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.

Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los dieciséis años, el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

A mi humilde entender, al menos hasta los 16 años, la menor debería consentir asistida por sus padres, o por un adulto referente significativo para la menor. Es una decisión en la que debiera estar acompañada por sus afectos en la medida de lo posible.

El código adopta el concepto bioético de autonomía progresiva de la voluntad, de la Convención Internacional de los derechos del niño. En Argentina, dicha convención es aprobada a través de la Ley 23.849, que en su artículo 2 establece que: "Con relación al artículo 1º de la CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, la REPÚBLICA ARGENTINA declara que el mismo debe interpretarse en el sentido que se entiende por niño todo ser humano desde el momento de su concepción y hasta los 18 años de edad" (otro conflicto entre normativas). Artículo 12: 1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.

Para la protección de los menores, debe realizarse la comunicación de la situación de abuso o violación a los organismos de protección de derechos de cada jurisdicción (art. 9, Ley 26.061). Debe tenerse en cuenta el riesgo en el que se encuentra, en especial si convive con el presunto agresor; situación que debe comunicarse al organismo de protección para que tome las medidas de protección de derechos y de protección especial establecidos en el artículo 30 de la Ley 26.061.

La intervención de las autoridades administrativas o judiciales se fundamenta en la protección de la menor, con el objetivo de reparar la vulneración de derechos y evitar que el delito se siga cometiendo. Si este fuera un peligro inminente, la comunicación al organismo de protección debe hacerse inmediatamente, por ejemplo, si convive con el presunto agresor. En algunos casos, las/los profesionales pueden realizar la internación hospitalaria para observar y proteger a la menor, realizando la notificación al organismo de protección en forma inmediata, hasta que las autoridades correspondientes ordenen las medidas de protección pertinentes (MSAL, Resolución 1841/2020).

Los delitos contra la integridad sexual de NNyA (personas menores de 18 años) son de instancia pública (art. 72 del Código Penal). Por lo tanto, una vez realizada la comunicación correspondiente a los organismos de protección de derechos, la intervención tendiente a la protección de la NNyA debe contemplar también la denuncia penal por la situación de abuso para que se investigue y sancione al agresor, preferentemente en fiscalías u otros organismos especializados en la temática.

Art. 26 del CCyC y esta Ley

ATENCIÓN: el criterio médico debe estar siempre presente

MENORES DE 13 AÑOS	→	El consentimiento lo debe firmar al menos uno de los padres pero la DENUNCIA ES OBLIGATORIA
ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 16	→	Deciden los menores asistidos por sus padres (concepto de grupo familiar ampliado). Pueden hacerlo solos en procedimientos no invasivos que no generen riesgo para la vida o la salud
16 A 18	→	Pueden tomar decisiones en lo que respecta a su vida y su salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Debe ser escrito, luego de recibir la información necesaria, y de acuerdo a lo establecido en las disposiciones legales vigentes.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA (OC):

La objeción de conciencia es la negativa de una persona a realizar ciertos actos o a tomar parte en determinadas actividades, que le ordena la ley o la autoridad competente, basándose en razones de profunda convicción moral.

La OC es tratada en los artículos 10 y 11 de la Ley.

El artículo 10 establece: *El o la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción del embarazo tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. A los fines del ejercicio de la misma, deberá:*

a) Mantener su decisión en todos los ámbitos, público, privado o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión; b) Derivar de buena fe a la paciente para que sea atendida por otro u otra profesional en forma temporánea y oportuna, sin dilaciones; c) Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas.

El personal de salud no podrá negarse a la realización de la interrupción del embarazo en caso de que la vida o salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable.

Ahora bien, la frase “intervenir de manera directa” ha generado interpretaciones restrictivas en muchas provincias y entidades sanitarias, rechazando la objeción de conciencia de profesionales que no sean el ginecólogo que realiza la práctica.

Un ejemplo concreto y frecuente, es el de los anestesiólogos que deben suministrar la anestesia para el procedimiento, es decir, son partícipes directos el acto médico y,

sin embargo, muchas veces se les niega el derecho a ser objetores, generando no solo situaciones conflictivas, sino además un daño moral y psicológico.

Ejemplo: extracto de respuesta del asesor legal, validado por el Director de un Hospital Público:

1.- Que la practica anestésica no es un acto quirúrgico;
2.- Correspondería rechazar el modelo de declaración de objeción de conciencia del profesional anestesta;
Asimismo se debe informar que en caso de repetirse la misma situación se debe proceder con el régimen disciplinario establecido en la ley 1-74.

Intimación a proceder con una sanción disciplinaria por ser objetor de conciencia.

En el artículo 11 se trata la objeción de conciencia institucional. La Ley establece que no existe la objeción de conciencia institucional. Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para realizar la interrupción del embarazo a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia de conformidad con el artículo anterior, deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que la persona solicitante de la prestación consultó.

COBERTURA: establece la cobertura universal y total.

CÓDIGO PENAL: como anticipamos, despenaliza las interrupciones realizadas en el marco de la Ley e incorpora un nuevo “delito”.

PLAZO: se establece un plazo de 10 días corridos desde la solicitud de la paciente hasta la realización del procedimiento.

Como ha dicho la CSJN en el fallo “F. A. L.”, respecto de la ILE “es el Estado, como garante de la administración de la salud pública, el que tiene la obligación... de poner a disposición, de quien solicita la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura. Rápida, por cuanto debe tenerse en cuenta que en este tipo de intervenciones médicas cualquier demora puede epilogar en serios riesgos para la vida o la salud de la embarazada. Accesible y segura pues, aún cuando legal en tanto despenalizado, no deben existir obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la mencionada prestación que pongan en riesgo la salud o la propia vida de quien la reclama” (CSJN, 2012: considerando 25).

CONSEJERÍA: **todo el personal sanitario tiene la obligación de brindar información relacionada tanto al embarazo como a las opciones de interrupción y métodos de anticoncepción, ante la consulta por parte de una**

persona gestante.

“La información entregada por el personal sanitario, en el marco de la consejería en salud sexual y reproductiva para la interrupción del embarazo, tiene que comprender los distintos métodos disponibles para llevarla a cabo, sus alcances y consecuencias. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje con formatos accesibles, y debe proporcionarse de una manera compatible con las necesidades de la persona, tomando en consideración factores individuales como la edad, el género, los conocimientos lingüísticos, el nivel educativo, la condición de discapacidad, entre otros.

La información incompleta o inadecuada y la subestimación del riesgo para la salud de la gestante se consideran obstaculización de la práctica y acarrea responsabilidad legal para el personal de salud interviniente (art. 85 bis, CP)”. Protocolo Nacional aprobado por la Resolución 1535/2021.

Consideraciones finales:

El marco normativo inevitablemente lleva a un choque frontal de derechos: por un lado el derecho del niño por nacer (establecido en tratados internacionales y en nuestras normas legales, derecho que surge al momento de la concepción), por otro, el derecho a la autonomía de la persona gestante, a decidir sobre su vida y su salud (también regulado por el mismo marco normativo) y, por último, el derecho que asiste a los profesionales de la salud a ser objetores de conciencia en prácticas específicas que es, sin duda, un derecho humano básico.

La Ley establece un marco para el proceso de interrupción legal del embarazo. Es decir, legaliza, con ciertas pautas, la interrupción, despenalizando la práctica.

Hasta la semana 14, no es necesaria una causal. Los criterios para la interrupción legal, es decir, más allá de la semana 14 dejan abierto un abanico tan amplio de “causales” que, prácticamente, podemos decir: ante la decisión materna, la interrupción casi no deja casos afuera. Basta que la persona gestante manifieste que el embarazo la afecta emocionalmente más allá de lo que ella está dispuesta a aceptar, tal cual lo expresa el protocolo nacional.

Resulta entonces trascendente el rol de los profesionales de la salud en evaluar de manera interdisciplinaria estos casos.

Pero quedan aún importantes interrogantes ante los cuales la Ley y las disposiciones posteriores guardan silencio:

¿Tiene el padre derecho a participar en la decisión?

¿No existe límite a la edad gestacional? ¿Existe diferencia en “interrumpir” un embarazo de 27 semanas o dejar nacer el niño y no asistirlo hasta que muera?

¿Es una causal que el niño padezca una patología como por ejemplo síndrome de Down? ¿Sería una discriminación interrumpir el embarazo por esta causa?

Nos debemos como sociedad, como profesionales de la Salud, un serio debate en este sentido.

Si no lo hacemos, continuaremos con frecuencia transitando situaciones conflictivas de muy compleja resolución, con un alto costo para todos los involucrados.

Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria (Parte II).

Dr Horacio E. Canto
Gerencia de Servicios Médicos y Responsabilidad Civil Profesional
Swiss Medical Seguros
Swiss Medical Group

Como señalamos en el número anterior de esta publicación, las “Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria” ya han sido incorporadas en el Programa Nacional de Garantía de la Calidad en la Atención Médica por Resolución 2707/2019, y hacen a un elemento fundamental de referencia para la gestión de una política prioritaria.

Según la referida publicación del Ministerio de Salud de Febrero de 2021, lo atinente a la Seguridad del Paciente tiene varias líneas de acción, siendo las principales:

1. CULTURA DE SEGURIDAD.
2. PRÁCTICAS PARA EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS.
3. PRÁCTICAS SEGURAS PARA PREVENIR Y CONTROLAR LAS INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD.
4. PRÁCTICAS SEGURAS EN CIRUGÍA.
5. PRÁCTICAS SEGURAS EN LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES. CUIDADOS ADECUADOS A CADA PACIENTE.
6. PRÁCTICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS PACIENTES.
7. PRÁCTICAS PARA LA COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE PROFESIONALES.
8. PRÁCTICAS PARA EL ABORDAJE DE EVENTOS ADVERSOS.
9. EL ROL DEL PACIENTE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Veremos lo desarrollado para cada una de ellas:

1. CULTURA DE SEGURIDAD

Introducción

El término “cultura de seguridad” comenzó a utilizarse masivamente luego del desastre nuclear de Chernobyl en 1988. Desde entonces, el concepto ha sido adoptado por numerosas industrias para mejorar su seguridad,

sobre todo por aquellas de alto riesgo que requieren de una extrema confiabilidad, como la aviación y la energía atómica. En estas industrias, la seguridad es la prioridad número uno, aún a expensas de la producción o la eficiencia. El sector salud comenzó a poner foco sobre este tipo de cultura a partir del hito que marcó la publicación del informe “Errar es Humano” del Institute of Medicine en 1999. Desde esa fecha hasta la actualidad, se ha venido trabajando a nivel mundial en fomentar la seguridad del paciente. Sin embargo, representa un desafío importante llevar adelante acciones para el fortalecimiento de la cultura de seguridad de los pacientes en el sistema de salud de Argentina.

Si bien existe una considerable variación en el uso de términos y definiciones de este concepto, una de las definiciones de cultura de seguridad más aceptada por el sector salud es la siguiente:

“El producto de valores, actitudes, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el compromiso con la adecuada ejecución de los programas de seguridad de la organización.”

A pesar de no haber un acuerdo absoluto acerca de lo que constituye una cultura de seguridad efectiva, existen ciertos componentes que resultan claves para su desarrollo^{6,7,8}:

- El reconocimiento de que existen daños a los pacientes generados por el cuidado de la salud.
- El convencimiento de que dichos eventos y daños pueden evitarse mejorando el sistema de atención y sus procesos.
- La construcción de un ambiente no punitivo en donde los individuos se sientan libres para reportar errores, accidentes o problemas de seguridad sin temor a represalias.
- El fortalecimiento del trabajo en equipo mediante la colaboración entre distintos rangos y disciplinas en la búsqueda de soluciones a problemas de seguridad del paciente.
- La promoción de mayor participación de los pacien-

tes y sus familias.

- La valoración de la seguridad de los pacientes como la principal prioridad.
- El compromiso de los líderes con la seguridad. Asignación de recursos con tiempo protegido para dichas tareas.
- Valoración del aprendizaje organizacional, focalizando las mejoras en el sistema, más que en aprendizajes individuales.

James Reason, autor de la “Teoría del Queso Suizo” en la causalidad de accidentes, afirma que los errores o accidentes son multicausales, y suceden cuando “se alinean las rupturas de las barreras que existen en un sistema de forma consecutiva, como un queso suizo”. Asume la fallibilidad del humano y la inevitabilidad de los errores. Este autor sostiene que la cultura de seguridad estaría compuesta por cinco elementos ⁹:

1. Una cultura de la información: la organización recolecta, analiza datos relevantes y difunde la información de seguridad de manera activa.
2. Una cultura del reporte: se cultiva una atmósfera en donde las personas se sienten libres para notificar problemas de seguridad sin temor a represalias, sabiendo que se actuará y mejorará sobre lo reportado.
3. Una cultura del aprendizaje: la organización es capaz de aprender de sus errores y realizar cambios.
4. Una cultura justa: en la cual los errores y actos inseguros no son castigados si el error no es intencional.
5. Una cultura flexible: la organización y las personas que la componen son capaces de adaptarse efectivamente a la necesidad de cambio.

Objetivo general:

Mejorar la cultura de seguridad.

Objetivos específicos:

1. Informar y capacitar a las personas involucradas en la atención sanitaria en la seguridad del paciente.
2. Fomentar el liderazgo en seguridad.
3. Impulsar que los centros sanitarios dispongan de un plan de seguridad, propio o institucional que sea conocido por todas las personas involucradas en la atención sanitaria.

Recomendaciones:

- Desarrollar e implementar periódicamente la evaluación del clima de seguridad en las instituciones sanitarias, y la difusión de sus resultados como ayuda a la implementación de prácticas seguras.
- Capacitar e involucrar a los directivos en seguridad de atención al paciente, y establecerla como valor central de las instituciones sanitarias.
- Fomentar el liderazgo en seguridad y el compromiso de los líderes con el cumplimiento de los objetivos del plan de seguridad del paciente.
- Fomentar la capacitación en seguridad del paciente de todas las personas involucradas en la atención sanitaria, acorde a las necesidades de cada función.
- Establecer en los centros sanitarios planes de acción en seguridad del paciente con objetivos anuales, evaluación y plan de difusión de resultados, que incluya a todas las personas involucradas en la atención sanitaria.
- Identificar y difundir de forma periódica las recomendaciones de buenas prácticas, información y experiencias en seguridad de atención de pacientes.
- Establecer acuerdos entre las autoridades de las instituciones sanitarias y los responsables del área jurídica con el fin de promover un abordaje no punitivo del error no intencional.

Para avanzar hacia una cultura de seguridad resulta necesario conocer desde qué cultura se parte y comprender el impacto de dicha cultura sobre la seguridad de los pacientes. La construcción de una cultura de seguridad suele llevar tiempo y resulta importante saber en qué etapa se encuentra la institución o el servicio que se evalúa. Los métodos disponibles para evaluar la cultura de seguridad incluyen, entre otros, grupos focales, entrevistas estructuradas al personal y encuestas anónimas realizadas con formularios. Estas encuestas generalmente evalúan más “clima” que “cultura” de seguridad. La evaluación de esta última requiere de una observación mucho más detallada y longitudinal. Sin embargo, los términos suelen utilizarse indistintamente.

Las encuestas empleadas para evaluación utilizan en su mayoría cuestionarios cuantitativos basados en una combinación de preguntas sobre los distintos componentes que definen la cultura: expectativas y sus acciones para promover prácticas seguras, trabajo en equipo, aprendizaje organizacional, devolución constructiva (feedback) y comunicación luego de los errores, carga de trabajo, respuesta no punitiva, pases de pacientes, número de eventos reportados, etc.

En los cuestionarios se solicita a los trabajadores que den su opinión ante distintas afirmaciones que se les presentan, dentro de una escala predefinida a las que se les

asigna un puntaje. Existen muchos modelos de cuestionarios y, si bien algunos reguladores y acreditadores de otros países han adoptado y promovido el uso de estas herramientas, otros investigadores advierten acerca de la falta de evidencias sólidas acerca del valor psicométrico de muchas de ellas¹⁰. Para elegir el mejor modelo de encuesta, se recomienda considerar aquellas que, con las limitaciones descritas, se encuentran validadas. Una de ellas es la encuesta de cultura desarrollada por la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud de los EE.UU, que es también la más utilizada en nuestro país, a partir de una adaptación realizada en 2005 por el Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina ¹¹.

Referencias:

6. Agency of Healthcare Research and Quality. Culture of Safety. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture>. Published 2019.
7. International Health Improvement. Develop a Culture of Safety. Boston; 2004. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/DevelopaCultureofSafety.aspx>.
8. Agency of Healthcare Research and Quality. Patient Safety Network. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture>.
9. Reason J. Achieving a safe culture: Theory and practice. *Work Stress*. 1998. doi:10.1080/02678379808256868
10. Fleming M. Patient safety culture measurement and improvement: a “how to” guide. *Health Q*. 2005.
11. Fiin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Saf Sci*. 2007. doi:10.1016/j.ssci.2007.04.003
12. Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria. DNCSSyRS –Febrero 2021. Ministerio de Salud de la Nación.



Te protegemos para que nos sigas cuidando.

Con tu póliza de **Praxis Médica** te brindamos asesoramiento médico legal las 24 horas y descuentos exclusivos para una protección integral.



SEGURO DE HOGAR



INTEGRAL DE COMERCIO
(RUBRO MÉDICO)



SEGURO DE AUTO

Comunicate con tu Productor Asesor de Seguros o envíanos un mail a consultas-seguros@smg.com.ar

www.swissmedicalseguros.com



SMG COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A. CUIT 30-50003196-0. AV. CORRIENTES 1865 PLANTA BAJA (C1045AAA) BUENOS AIRES, ARGENTINA

Nº de inscripción en SSN
0002

Atención al asegurado
0800-666-8400

Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn





SMG Compañía Argentina de Seguros S.A.
Av. Corrientes 1865 Planta baja (C1045AAA) | CABA, Argentina.
Tel.: (54-11) 5239-6300



www.swissmedicalseguros.com

