

Universidad Nacional del Litoral  
Facultad de Ciencias Médicas  
Carrera de Especialización en MEDICINA LEGAL

Trabajo Final Integrador

**EVALUACION DEL CONOCIMIENTO DE LAS LEYES QUE  
REGULAN LA MALA PRAXIS DE LOS MEDICOS EN EL SERVICIO  
PENITENCIARIO DE SANTA FE**

Director: Dr. Pascual Pimpinela

Alumno: Alejandro Blank

Año: 2018

## Índice

Resumen.....	3
Introducción .....	4
Objetivos.....	21
Metodología .....	22
Resultados.....	23
Conclusión .....	29
Bibliografía .....	30
Anexo 1: certificados e historia clínica .....	31
Anexo 2: Encuesta .....	37

## **Resumen**

El presente estudio tiene por objetivo investigar sobre la práctica y conducta profesional médica, cuestiones relacionadas con el aumento en las demandas de responsabilidad médica, las cuales son motivo de preocupación en los profesionales médicos. Existe falta de conocimientos de esta población sobre las cuestiones legales, jurídicas en relación a la responsabilidad médica, lo que los hace vulnerables.

Cuáles son los conocimientos en cuanto a responsabilidad médica de profesionales del Servicio Penitenciario de la Provincia de Santa Fe, durante el período comprendido entre Julio y Diciembre de 2016.

## **Introducción**

Importante lugar ocupan el aumento de la demanda por praxis médica. El accionar profesional se ha vuelto muy demandante y estresante.

La razón fundamental del problema se puede hallar en la contraposición de dos realidades de suma importancia: por una parte, el hecho de que el bien protegido es la salud o la vida y por otra, la situación de inseguridad jurídica en la que los profesionales sanitarios ejercen diariamente con la exigencia infundada de asegurar un resultado con el margen de error de una ciencia biológica.

El aumento de las demandas por responsabilidad médica preocupa a los profesionales.

Hay falta de conocimiento en la población médica de los aspectos médico-legales y jurídicos, lo que los hace muy vulnerables.

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas sobre la responsabilidad médica de un grupo de médicos del Servicio Penitenciario de la Provincia de Santa Fe, durante el periodo comprendido entre el 1º de Julio de 2016 y el 30 de Diciembre de 2016?

## **Causas de demandas por responsabilidad profesional:**

Causas atribuibles al paciente

- Mala relación médico paciente
- Exigencia de un resultado positivo
- Honorarios excesivos

Causas atribuibles al médico

- Falta de conocimiento
- Inobservancia de sus obligaciones
- Atención despersonalizada

Causas atribuibles al medio social

- Posibilidad de litigar sin gastos
- Deshumanización de la medicina e incremento de la industria del juicio

**Responsabilidad administrativa del médico:** incluye amonestación, apercibimiento, sanción o exoneración en el ámbito laboral.

Se da luego de una investigación con instrucción de un sumario administrativo.

No excluye la responsabilidad civil o penal del médico, simplemente es diferente a las otras dos.

### **Aspectos críticos en responsabilidad médica**

El accionar del médico en las distintas esferas de acción, son actos humanos y como tales llevan implícitos una cuota de falibilidad.

La responsabilidad médica consiste en la obligación que tienen los profesionales que ejercen la medicina de asumir las consecuencias derivadas de su actuación profesional.

Sin pretender otorgarle un carácter taxativo, no hay duda de que relación médico-paciente, la historia clínica y el consentimiento médico son aspectos críticos de la mayor importancia práctica.

El médico es uno de los justiciables mas débiles, trabaja con valores de elevado costo, la vida humana, lo que lo hace cuestionable y vulnerable.

Medidas para evitar conflictos:

Entablar buena relación con el paciente.

Informar adecuada y claramente los pormenores del caso al paciente y sus familiares, obteniendo el consentimiento expreso de ellos.

Confeccionar prolija y completa historia clínica.

Anotar todas las interconsultas realizadas.

Seguir normativas de estudio y tratamiento establecidas para su ciencia o arte.

### **Relación médico-paciente (gráfico1 y2)**

Los reclamos por real o presunta responsabilidad médica generalmente tienen origen en una ruptura de la relación médico-paciente, antes que en un daño o un error médico inexcusable. “Esta relación se ha visto afectada por las transformaciones experimentadas en los aspectos organizativos de la asistencia médica, así como por profundos cambios culturales en los actores del proceso asistencial y sus relaciones recíprocas”.

Es así que una comunicación clara y fluida, brindando la información suficiente, con un trato adecuado, con el debido consentimiento y por sobre todas las cosas el respeto al conjuntos de los derechos del paciente son pilares elementales en la prevención de los reclamos por responsabilidad profesional.

Piedra angular de la práctica médica, la relación Médico - Paciente es la capacidad, habilidad y arte del médico para la interacción y establecer el diálogo con su paciente, para obtener la información y la exploración física, el consentimiento del que depende en gran parte el éxito terapéutico, la relación médico - paciente es la forma específica de asistencia y ayuda con características de motivación y técnicas Interhumanas, ya que el paciente es un ser humano que espera que el médico se ocupe del hombre en su totalidad, son relaciones interpersonales, importantes para la práctica médica e imprescindibles en la formación integral del médico.

## **Responsabilidad penal del médico(Gráfico 6 y 7):**

La responsabilidad en términos generales, la podemos entender como la capacidad que existe en toda persona para conocer el deber u obligación que asume como consecuencia de una acción u omisión realizada libremente, y de la cual debe responder y aceptar las consecuencias.

En el ámbito jurídico, la responsabilidad puede ser entendida como la transgresión, por acción u omisión, de un deber de conducta señalado en una norma jurídica, que importa una consecuencia de relevancia jurídica.

La responsabilidad jurídica puede ser administrativa, civil y penal. Tanto la responsabilidad civil, cuanto penal y administrativa, pueden concurrir copulativamente, al ser todas compatibles.

Desde el punto de vista penal, es punible toda acción típica (perfectamente encuadrada en una descripción del Código Penal), antijurídica (cuando se opone al derecho) y culpable. A su vez, estos actos pueden ser por acción u omisión.

El daño es todo menoscabo que experimenta una persona, sea en ella misma, sea en su patrimonio, y que no necesariamente se refiera a un menoscabo por la pérdida de un derecho. En términos generales, podemos definir el daño o perjuicio como la disminución o detrimento del patrimonio o los detrimentos morales sufridos por una persona.

El dolo, podemos entender por dolo, en términos generales, como la voluntad de ejecutar un comportamiento delictivo, de acción u omisión, de manera libre y con pleno conocimiento y conciencia de que ese proceder obedece a un hecho ilícito que es contrario a derecho. La responsabilidad del médico desde el punto de vista penal es culposa. Porque si dentro del acto médico se actúa con dolo no se trata de una cuestión de responsabilidad médica (ejemplo practicar un aborto criminal), sino un delito, para el cual no se necesita una condición específica (ser médico), aunque dicha condición configure en algunas ocasiones un agravante.

Entonces, para que el acto médico sea punible penalmente por comisión de un delito culposo, se deben dar algunas de las siguientes condiciones:

Impericia: es no poseer los conocimientos suficientes sobre un tema, cuando debiera tenérselos.

Imprudencia: El no tomar precauciones para evitar un riesgo o actuar en forma precipitada.

Negligencia: Es no hacer lo que debió hacer, o sea actuar en menos

Inobservancia de los deberes y reglamentos a su cargo: es una omisión irresponsable. Ejemplo: abandonar la guardia médica.

En el fuero civil un paciente o sus derechos-habientes pueden reclamar indemnización por presuntos daños en el accionar médico. En cada cuestionamiento de praxis médica se debe tener muy en claro cuál era la obligación del médico. No es necesario obtener la curación del paciente o éxito en el procedimiento realizado.

En la práctica los reclamos se basan en dos tipos fundamentales: uno de índole común (negligencia en la atención, falta de asistencia, etc.) y otro de índole estrictamente profesional (mala técnica operatoria, error de diagnóstico, medicación incorrecta, etc.).

Dentro del ámbito civil son de destacar las normas contenidas en la ley 17132 de ejercicio de la Medicina, en su artículo 19: obligaciones de los médicos, hace referencia a obligaciones y deberes del cargo, cuando estipula que los médicos están obligados a controlar el cumplimiento de las indicaciones que imparta a su personal auxiliar

Se concreta jurídicamente en la obligación de reparar o indemnizar por los daños ocasionados en el ejercicio profesional, fundándose en el Artículo 1109 del Código Civil: todo el que ejecuta un hecho, que por su culpa o negligencia ocasiona un daño a otro, está obligado a la reparación del perjuicio

Se excusa al médico si este daño se ha producido por caso fortuito, también definido en el Código Civil como algo que no pudo preverse, o que previsto no ha podido evitarse.

La responsabilidad médica desde el fuero civil puede darse, según el tipo de relación vincular entre el médico y el paciente, de dos formas:

Responsabilidad contractual:

surge de la existencia de un “contrato” entre ambas partes, donde cada una de ellas tiene obligaciones. El paciente requiere el servicio del profesional y este se compromete en una obligación “de medios” (no “de resultado”). Este contrato no es formal; es verbal y rescindible.

Responsabilidad extracontractual:

existe el acto médico pero no hay la declaración de voluntades antes mencionada.

Ejemplo: cuando el médico actúa en caso de alienación o urgencia, donde el paciente no puede consentir el acto médico; también en casos de que los servicios médicos son requeridos por terceras personas distintas al paciente; exámenes médico legales en las víctimas o en los detenidos por delitos en el ámbito tribunalicio o policial; en el ingreso a las Fuerzas Armadas; en el examen médico laboral (ej.: pre ocupacional), etc.

En la Argentina de las últimas décadas, sin duda los médicos son los profesionales que han recibido el mayor número de reclamos vinculados con el ejercicio de su actividad.

Las causas de tal fenómeno obedecen a una multiplicidad de factores. Entre ellos, el hecho de asociarse su labor con la vida y la salud de las personas, genera gran sensibilidad cuando los resultados obtenidos no son los esperados, aunque no siempre ello dependa

Competencia y capacidad necesaria para decidir la realización de actos médicos

Y en el Código unificado, la aptitud o competencia para recibir información y tomar decisiones sobre el propio cuerpo, responde al concepto de autonomía progresiva, arraigado ya en las Convenciones de Derechos Humanos, que desde el año 1994 forman parte del bloque constitucional (conf. 2 art. 75 inc.

22 CN)1. Así se reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos, atribuyéndoseles mayor poder de decisión según su edad y grado de madurez.

En este sentido, el art. 26 del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, dispone que los menores entre trece (13) y dieciséis años DIECISÉIS (16) años, tienen aptitud para decidir sobre tratamientos médicos no invasivos, ni especialmente riesgosos; con la asistencia de sus progenitores cuando los tratamientos presentaren tales condiciones.

A partir de los dieciséis años de edad, se consideran adultos para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

### **Seguro de responsabilidad médica (Gráfico 8 y 9)**

Este tipo de contrato tiene como objeto proteger patrimonialmente al asegurado ante el reclamo de un tercero que pudo resultar afectado por acciones u omisiones del profesional en su labor.

Este tipo de contrato tiene como objeto proteger patrimonialmente al asegurado ante el reclamo de un tercero que pudo resultar afectado por acciones u omisiones del profesional en su labor.

Para poder determinar la atribución de culpa debemos analizar la concurrencia de los siguientes presupuestos:

- 1- Incumplimiento por parte del médico y/o institución.
- 2- Imputabilidad de dicho incumplimiento al profesional y/o la institución (factor de atribución)
- 3- La existencia efectiva de un daño sufrido por el paciente
- 4 - Que exista relación de causalidad entre el daño sufrido por el paciente y el incumplimiento del profesional de la salud (médico) y/o institución.

De no concurrir todos y cada uno de los presupuestos indicados, el reproche de responsabilidad hacia el médico, profesional de la salud y/o Institución se encuentra incompleta y no habría Responsabilidad atribuible a ellos.

Definido los conceptos básicos que hacen a la Responsabilidad Civil, en la cual está incluida la responsabilidad profesional médica, cabe agregar que aquella puede ser de naturaleza contractual o extracontractual.

En materia contractual existe un vínculo convencional, entre el profesional y el paciente; en materia extracontractual ese vínculo no existe.

La distinción es importante porque la regulación legal es diferente fundamentalmente en lo que tiene que ver con la prescripción de la acción que tiene el paciente y/o familiares que realicen o tengan intención de realizar algún tipo de acción legal.

En materia extracontractual la prescripción es de dos años mientras que en materia contractual los años se extienden a diez, (existe una lucha por reducir este lapso a 4 años).

En este plano, la doctrina y la jurisprudencia sostienen la naturaleza contractual para la responsabilidad del médico frente al paciente, distinta es la situación de la acción que puedan entablar los familiares del mismo.

En consecuencia de ello, el mercado asegurador debe responder con las coberturas que ofrezcan los plazos en los cuales se puedan ver afectados los profesionales y/o las instituciones de salud por las eventuales denuncias que puedan llegar a recaer sobre ellos por los temas relacionados con la praxis médica.

Es muy importante conocer los aspectos esenciales que se deben tener en consideración cuando el profesional toma una cobertura, a fin de contar con el respaldo adecuado en el momento de utilizar los servicios contratados.

#### **Las coberturas que ofrecen las compañías son de dos tipos:**

a) Base ocurrencia (LOSS OCURRENCE): Esta modalidad cubre los reclamos efectuados por el paciente o terceros que resulten de actos cometidos por el profesional desde el inicio de vigencia de la póliza y/o durante el período de cobertura sin importar cuándo se formulen dichos reclamos. Es decir, no es necesaria la renovación del contrato.

El período de reclamo en este tipo de cobertura se extiende por 10 años (Período de prescripción) y hasta agotar la suma asegurada del año del evento. En este tipo de cobertura se debe tener cuidado, dado que los montos no pueden ajustarse y la suma asegurada puede resultar insuficiente para cubrir el daño. El funcionamiento de este tipo de cobertura es similar a las conocidas pólizas de automotores, obviamente salvando las distancias en complejidad y riesgo de las coberturas de las que estamos hablando (Praxis Médica). En caso que el asegurado desee optar por cambiar el tipo de cobertura por una póliza a base reclamo (ClaimsMade) no sufre ninguna consecuencia o perjuicio.

### **Actualmente muy pocas compañías utilizan esta modalidad.**

b) Base Reclamo (CLAIMS MADE): En este caso se debe contar con cobertura tanto en el momento del hecho como en el momento en que se realice la comunicación fehaciente del hecho dañoso reclamado. La cobertura comienza desde el momento en que se contrata el seguro, salvo que se pacte una retroactividad en la fecha de vigencia. La particularidad de este tipo de cobertura se encuentra en la renovación continua de la póliza, donde en cada renovación se podrá pactar el monto de suma asegurada, cuya suma será la que cubra el reclamo que se realice más allá de la fecha del hecho, que quiere decir esto: Que si el hecho ocurrió en el 2003 donde teníamos una suma asegurada de \$ 50.000.- y la comunicación fehaciente se realiza en el 2005 y en este período tenemos una suma asegurada de \$ 150.000.- esta será la suma que responderá por el hecho del 2003, obviamente siempre y cuando las renovaciones sean continuas y sin interrupción. En caso que el asegurado no desee renovar la póliza, el mismo puede optar por comprar un endoso de extensión de cobertura por un plazo de 10 años (plazo de prescripción). Esto quiere decir, que con la compra de este endoso, se encontrarán cubiertos todos los incidentes ocurridos en el periodo de vigencia de la póliza, no así los ocurridos en el lapso posterior a la compra del endoso mencionado; de esta manera el profesional no queda atado a continuar su relación contractual con la compañía ni con este tipo de cobertura. El endoso hará funcionar la cobertura como cláusula ocurrence.

La cláusula claimsmade posee una serie de ventajas como tener la posibilidad de elegir el capital a asegurar año tras año de manera tal de mantener actualizado el monto de acuerdo a las necesidades que planteen las prácticas judiciales.

El costo para este tipo de cobertura es menor que las de base ocurrencia.

Estos son algunos de los aspectos técnicos que un profesional de la salud y/o administrador de una Institución Médica debe tener en cuenta al momento de contratar una cobertura de Responsabilidad Civil Profesional para ellos

### **La historia clínica (Gráfico 10 y anexo 1)**

La Historia Clínica y en general todos los registros médicos, constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico; su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, como así también proporcionar información con fines de investigación y docencia.

La historia clínica completa y detallada es la muestra de la calidad de la atención médica transformándose en un elemento insustituible para la investigación clínica aplicada.

Los elementos que constituyen una historia clínica son: la obligatoriedad, su contenido, su confección, redacción y firma.

La obligatoriedad de la confección y conservación de la Historia Clínica en establecimientos asistenciales públicos y/o privados, surge de lo dispuesto en el Art. 40 de la Ley Nacional 17.132: Art. 40.

Los establecimientos asistenciales deberán tener a su frente un director, médico u odontólogo, según sea el caso, el que será responsable ante las autoridades del cumplimiento de las leyes, disposiciones y reglamentaciones vigentes en el ámbito de actuación del establecimiento bajo su dirección y sus obligaciones.

Aquí es donde resulta difícil compatibilizar los tiempos legales con los reales, en cuanto al almacenamiento de los documentos. En general, es conveniente conservarla durante 10 años, si se tiene en cuenta que el marco en que se encuadra la relación médico-paciente es el contractual y éste legalmente tiene ese lapso, si bien con respecto al tiempo de conservación, tanto la Ley 17.132 y la Ley 26.529 no lo establecen en forma escrita.

La nueva ley (Ley sobre derechos del paciente) define la historia clínica como “el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud” Artículo 13. Regula la historia clínica informatizada: “El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma.

A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad”.

Art. 14. Reconoce que “el paciente es el titular de la historia clínica (aunque este derecho se limita tan solo a la obtención de una copia). A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia”. Art. 15. Fija los contenidos que se deben asentar en la historia clínica:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;

f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas”.

Art. 16. “Los siguientes documentos forman parte de la historia clínica: los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas debiéndose acompañar en cada caso, breve resumen del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante”.

Art. 17. Establece su unicidad. “La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una "clave uniforme", la que deberá ser comunicada al mismo”.

Art. 18. Establece su inviolabilidad. “Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas (conceptos similares prevé la ley 25.326 de habeas data y protección de datos). La guarda debe realizarse por un plazo mínimo de 10 años” (anteriormente era de 15 años). Remite a las disposiciones del Código Civil sobre depósito para los depositarios (sin aclarar en qué tipo encuadra, depósito regular, irregular o necesario). Art. 19. Señala los legitimados para solicitar la historia clínica. a) El paciente y su representante legal; b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla (equipara al matrimonio con las uniones de hecho de personas del mismo sexo); c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal”.

Art. 20. Concede la acción de “habeas data” en caso de negativa a la entrega de la historia clínica. En definitiva la ley 26.529 de Derechos de los Pacientes, Consentimiento informado e Historia Clínica confirma el derecho vigente en diversos temas, tales como los requisitos del consentimiento informado (leyes análogas y jurisprudencia), derechos de los pacientes (ley 17.132) y acción de habeas data (ley 25.326); incorpora conceptos claros como la titularidad de la historia clínica, la validez de la historia clínica informatizada, el contenido de la misma y las directivas anticipadas y genera un manto de dudas en temas tales como el uso de la forma escrita del consentimiento informado y la omisión de la distinción de los casos de urgencia y no urgencia en su artículo 2°. Por otro lado omite mencionar los

derechos de la contraparte, el profesional de la salud y los deberes de los pacientes en el contrato de asistencia médica.

En el mes de Octubre de 2009 se sancionó y promulgó la ley 26529 sobre derechos de los pacientes, historia clínica y consentimiento informado, que define la historia clínica como: el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que consta toda la actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

- **Lexartis**

La lexartis o ley del arte constituye un criterio fundamental en la evaluación de la conducta profesional a la hora de juzgar la eventual existencia de responsabilidad médica; por ello es que determinar si hubo cumplimiento o no de sus conceptos básicos es central como elemento argumentativo y probatorio en el proceso judicial ante un reclamo por responsabilidad médica.

Pero no basta solamente el cumplimiento de los aspectos meramente técnicos del acto médico, sino que el concepto de lexartis está fuertemente imbricado con los componentes de la bioética médica.

Por ejemplo, un procedimiento invasivo puede estar perfectamente indicado y ejecutado pero no está ajustado a la lexartis sino se cumplió con el deber de informar, a través de un consentimiento válido por parte del paciente; igual manera sino se cumplió con el deber ético y jurídico de guardar secreto profesional.

### **Certificado médico (Anexo 1)**

Es un testimonio escrito realizado por quién ha intervenido, comprobado y ejecutado el hecho que describe. Constatación escrita que hace un médico a cerca de un hecho presente o pasado en el que ha participado o tomado conocimiento al realizar los actos derivados propios del ejercicio de la medicina.

El certificado médico es un testimonio escrito acerca de la salud de un paciente. A través del tiempo se ha constituido en una práctica frecuente en los consultorios de especialidades médicas vinculadas a la atención primaria, transformándose en algunos casos, en el objetivo principal de la consulta. La complacencia y la falsedad son algunos ejemplos de manipulación, uso indebido y menosprecio que ha sufrido durante años, con responsabilidad compartida por pacientes y médicos. Con el objetivo de que ayude a generar un espacio de discusión para avanzar hacia un proceder uniforme en la certificación médica; los autores resaltan la importancia de realizarlo con seriedad, manteniendo como objetivo principal el cuidado de la salud del paciente y abordando temas como su obligatoriedad, aspectos

formales de su confección y las limitaciones con las que pueden encontrarse los médicos a la hora de asumir esta tarea.

Existen dos clases de certificados, aquellos que son obligatorios por ley, entre los que podemos encontrar el de defunción, nacimiento, etc., y aquellos llamados simples, que son los que habitualmente redactamos en nuestro consultorio. Las situaciones que llevan a la confección de los llamados Certificados Simples, nos permiten diferenciarlos en: - Aquellos que acreditan alguna enfermedad que requiera o no baja laboral. Aquellos que acreditan aptitud física o psico-física y son requeridos por una entidad o trabajo. Estos, a su vez, se dividen en dos grupos: . Los solicitados previamente al comienzo de alguna actividad laboral o de destreza que requiera la conservación de algunos de los sentidos, cierta capacidad intelectual, movimientos físicos o equilibrio psíquico, y en cuya ausencia se ponga en riesgo al mismo paciente o a terceros. Por ejemplo, manejo de armas de fuego, conducción de automóviles o embarcaciones, docencia, etc. Los solicitados antes de iniciar alguna actividad física deportiva, tanto competitiva como recreativa.

Es un testimonio escrito realizado por quién ha intervenido, comprobado y ejecutado el hecho que describe.

Aspectos jurídicos, están contemplados en el código penal y en la Ley de ejercicio de la medicina.

Certificado falso: aquel que no se ajusta a la verdad. Constituye un delito doloso; el artículo 295 establece: sufrirá prisión de un mes a un año el médico que diere por escrito un certificado falso, concerniente a la existencia o inexistencia presente o pasada de alguna enfermedad o lesión cuando de ello resulte perjuicio. el delito queda excluido del ámbito de la responsabilidad médica dado que existe responsabilidad en la ejecución (dolo).

El art 296: el que hiciere certificado falso será reprimido como si fuera autor de la falsedad.

El art. 298: inhabilitación por el doble de tiempo del de la condena si quien comete el delito es un funcionario público con abuso de sus funciones.

Tipos de certificados

Ordinarios: documentos privados y a pedido del interesado

Oficiales: para dar cumplimiento a disposiciones legales, se consideran:

Certificado de matrimonio in extremis: alguno de los contrayentes se encuentra en peligro de muerte

Certificado de discapacidad

Certificado de nacimiento

Certificado de defunción

Certificado de defunción fetal. se labrará acta de defunción fetal cuando la expulsión del seno materno se produjera sin vida y hubieran transcurrido más de 180 días desde la concepción (art .195); se expedirá licencia de inhumación sin labrar el asiento respectivo, cuando la edad gestacional fuere inferior a los 180 días (art. 196).

Certificado de cremación

Certificado prenupcial

Certificados relacionados con el trabajo

### **Certificado de defunción (Anexo 1)**

La ley del registro civil ordena que el médico tratante de la última enfermedad del difunto, y a falta de aquel, cualquier otro que fuera requerido al efecto, tiene la obligación de extender el certificado de defunción. Lo hará previo examinar al cadáver desnudo, movilizándolo. Existe un formulario escrito para esta certificación. El certificado de defunción es el documento oficial que acredita la muerte de la persona. Es fundamental para solicitar la pensión del cónyuge o para acceder a la herencia.

El Certificado Médico de defunción es importante pues con él y el labrado del acta se pone fin a la existencia de una persona desde el punto de vista jurídico. Informar sobre la causa de defunción es exclusiva competencia del médico que certifica el fin de la existencia de una persona. El médico certifica la muerte, sus causas y la identidad del fallecido, por ello el CD se debe:

- 1.Ser escrito de puño y letra por el médico.
- 2.Ser escrito con letra legible.
- 3.Ser escrito con tinta azul oscuro.
- 4.Completarse todos los datos.
5. Requerirse el D.N.I del fallecido. En caso de no ser presentado por el padre, tutor o encargado o familiar, deben tomarse las impresiones digitales en el formulario N° 24 (Aviso de fallecimiento) (Art. 46 - Ley 17.671).
6. Consignar el domicilio denunciado por el padre tutor o encargado o por el familiar directo presente (en su defecto el que surge del D.N.I. del fallecido).
- 7.Guía para completar las causas de fallecimiento:

a) *Causa Directa*: en primer lugar se deberá consignar la enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente.

b) *Causas antecedentes o causa intermedia*: estados morbosos que produjeron la causa arriba consignada.

c) *Causa básica o fundamental*: la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos.

Ejemplo: 1) Bronconeumonía 2) Metástasis pulmonares 3) Tumor Maligno Renal

**Causa Directa:** Es la responsable de la muerte y la que justifica el desenlace fatal, aunque se deba, como hemos dicho, a toda una serie de acontecimientos concatenados.

La misma es la única que no puede quedar sin señalar, porque puede que el médico no conozca al paciente ni sus antecedentes, pero si llega con un cuadro de edema agudo del pulmón esta es la causa directa de la muerte y luego se investigará su causa etiológica.

Como ejemplos de causa directas "puras" se enumeran casi todos los estados de shocks, el edema agudo de pulmón, la anemia aguda, la septicemia, etc.

**Causa Intermedia o antecedentes:** Se considera causa intermedia a la complicación principal que lleva a la causa directa de muerte.

Esta complicación tiene que estar avalada o justificada por la causa básica ya tratada; es decir, si por ejemplo tenemos como causa intermedia una hemorragia digestiva alta, se tiene que deber a alguna enfermedad que la pueden provocar; por ejemplo gastritis aguda que es la causa básica.

La complicación de la misma genera un estado de emergencia hemodinámica que desencadena la muerte por anemia aguda. Podemos citar como ejemplo; una peritonitis que puede ser causa directa de la muerte, en algunos pacientes y sin embargo otros no mueren hasta llegar al cuadro de septicemia.

**Causa básica o fundamental** posee autonomía; no es secundaria a ninguna otra entidad nosológica, es por eso que se trata de enfermedades reconocidas, con categoría independiente. Por tanto, la característica principal es que no depende directamente de otra; por ejemplo, cirrosis hepática, tuberculosis, S.I.D.A., tumores malignos, etc. La causa básica permite reconocer e identificar el desencadenante del proceso que condujo a la muerte y su consignación permite programar y llevar a cabo acciones de prevención.

**Causas que obligan o eximen al médico a emitir un CD:**

a) **Causas que obligan al médico tratante:**

1. Muerte por enfermedad aguda asistida en las últimas 24 horas.
2. Muerte por enfermedad crónica asistida en los últimos 7 días.
3. Dentro del marco laboral los médicos que tienen a cargo una determinada área.

**b) Causas que prohíben al médico tratante:**

1. Muerte violenta (suicidio, homicidio, accidente, lesiones traumáticas)
2. Causa de muerte dudosa (súbita, sin asistencia médica previa, personas jóvenes sin antecedentes patológicos reconocidos)
3. Asistencia por persona no autorizada para ejercer.

El médico tratante debe firmar los CD cuando constata una muerte natural y nunca cuando fue provocada o se sospecha una muerte violenta. En estos casos el cadáver deberá ir a la Morgue Judicial (judicialización de la causa de muerte) y se deberá dar intervención al médico forense para que certifique la causa del deceso.

Muerte violenta, definición: se entiende por muerte violenta a aquella cuyo desencadenante fue un acontecimiento o circunstancia de tipo accidental o intencional que causó un traumatismo, intoxicación u otros efectos adversos.

Existe en la provincia de Buenos Aires un manual de gestión de confección de certificados de defunción que forma parte de un proceso que tiende a facilitar y perfeccionar el funcionamiento de los hospitales en cada una de sus etapas, adecuando sus normativas a la legislación en vigencia para el sector de la salud. A los efectos de su difusión, la Sub Secretaría de Coordinación y Atención de la Salud a través de la Dirección Provincial de Hospitales; la Dirección Provincial de Coordinación de Sistemas Regionales de Salud ; la Dirección Provincia de Atención Primaria de la Salud y el Programa de Prevención Y Asistencia Médico Legal en Salud Pública, así como la Sub Secretaría de Planificación de la Salud a través de la Dirección de Información Sistematizada, conjuntamente con el Registro Provincial de las Personas de la provincia de Buenos Aires han realizado tareas de capacitación e información en cada una de las regiones sanitarias de la provincia, efectores públicos y privados, tendiendo a lograr una pronta y correcta implementación de la ley 14.078. Su cumplimiento es de carácter obligatorio para todos los profesionales del arte de curar matriculados en la provincia de Buenos Aires; en el marco provincial de la Ley nacional n° 17.132. A tal efecto, las direcciones de cada establecimiento hospitalario deberá implementar las medidas necesarias para su cumplimiento, debiendo a tal efecto ordenar a las áreas de recursos humanos la notificación a los agentes comprendidos en la presente ley de la re inscripción obligatoria de los profesionales médicos, incluídos los residentes y becarios, ante los estrados del Registro Civil dependiente del Registro Provincial de

las Personas de la provincia de Buenos Aires., en un plazo que no debe exceder la fecha límite del 31/08/2014. Cumplida la misma. Las direcciones de cada establecimiento hospitalario deberán remitir a la Dirección Provincial de Hospitales un listado detallando aquellos profesionales que no hayan cumplimentado con la presente ley, a los fines que esa Dirección Provincial considere.

El certificado de defunción resulta entonces el documento médico legal que acredita la muerte de una persona. , de confección obligatoria para los profesionales médicos conforme surge del art. 19° - inciso 8° de la Ley Nacional n° 17.132 ( ley de ejercicio profesional para agentes del arte de curar).

Art. 19° - inc. 8°: los profesionales que ejerzan la medicina, están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes obligados a extender los certificados de defunción de los pacientes fallecidos bajo su asistencia, debiendo expresar los datos de identificación, la causa de muerte, el diagnóstico de la última enfermedad de acuerdo con la nomenclatura que establezca la Secretaría de Estado de Salud Pública y los demás datos que con fines estadísticos les fueran requeridos por las autoridades sanitarias.

#### Estampillas - historia

El puntapié inicial del estampillado lo dieron los colegios de médicos de la Primera y Segunda Circunscripción de la provincia cuando en 1956 solicitaron al gobierno militar "se arbitren las medidas pertinentes para que no se dé trámite a los certificados médicos sin el estampillado destinado a fines del gremio".

Ese mismo año, el 12 de abril, el interventor federal de la provincia de Santa Fe designado por el gobierno de la Revolución Libertadora, el vicealmirante Carlos Garzoni, firmó el decreto N° 4.896 de sólo cinco artículos, donde se estableció que "carecen de valor las certificaciones médicas presentadas sin el sellado establecido por los Colegios Médicos. Las oficinas de la administración pública no darán curso a gestiones en que, debiendo exigirse dicho certificado, el mismo no lleve el estampillado correspondiente". Quedaron exceptuados de esta obligación todos los certificados emitidos por hospitales públicos.

Poco tiempo después, en enero de 1958 y todavía bajo gobierno dictatorial, se crea en la provincia la Caja de Seguridad Social para los Profesionales del Arte de Curar, y en la ley originaria ya se faculta a la institución a emitir su propia estampilla, que se debe colocar "en cualquier tipo de certificación, constatación o documental que realice o expida todo profesional vinculado con la salud". Así, la obligación comprendió a los certificados médicos, bucodentales y psicológicos, cada orden de análisis bioquímicos, certificados de nacidos vivos y en todos los protocolos o informes. Además, se gravó la venta de medicamentos por obra social o prepaga (actualmente son 18 centavos por cada receta), aunque en este caso el estampillado está oculto en el precio del remedio y se lo descuentan directamente al farmacéutico.

Luego, los distintos colegios consiguieron igualarse al de Médicos estableciendo sus propios estampillados. Y hoy en día todas las certificaciones deben llevar dos timbres: la de la Caja y la del colegio profesional respectivo.

Con ese dinero se creó un Fondo Solidario (al igual que en los otros colegios de profesionales) que otorga subsidios por enfermedad, nacimiento y discapacidad a los matriculados.

### **Consentimiento médico (Anexo 1)**

Acto por el cual el paciente expresa su voluntad a tal o cual método diagnóstico o terapéutico del que ha sido además informado pormenorizadamente sobre su esencia, riesgos, eficacia, molestias ocasionadas, etc. Debería llamarse decisión informada, ya que el paciente puede aceptar o no la propuesta del médico.

Se trata antes que todo de un derecho esencial del paciente, relacionado con el principio bioético de la autonomía, y una obligación ético-jurídica para el galeno. Es decir, no es una simple formalidad, sino un proceso en el cual el paciente es actor principal. Como bien se ha escrito, el consentimiento es un acto clínico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad.

Por lo antes dicho, la práctica de la Medicina, ciencia cada vez más amplia y compleja, se convierte en un proceso de incertidumbre y duda frente al quehacer profesional médico cotidiano. Cuanto más si estos profesionales se hallan en proceso formativo de especialización y particularmente, aquellos que se encuentran inmersos en un sistema de residencia o concurrencia, el cual posee de por sí características totalmente particulares, constituyendo un mundo arduo e intrincado.

El Consentimiento Informado es la conformidad que da el paciente al que supuestamente se le ha informado sobre una práctica que se le puede realizar. En la Ley de Ejercicio Legal de la Medicina (N°17.132) consta la obligatoriedad del sistema de salud de pedir consentimiento al paciente. En el caso de tratarse de un niño, quienes deben firmar el consentimiento son los padres o adultos a cargo, siempre luego de que al chico, en la medida de lo posible, se le haya explicado conjuntamente en qué consistirá la operación. La legislación se ve especialmente reforzada en el caso de procedimientos relacionados con la ablación y trasplante de órganos (Ley N°24.193) y también en el caso de la participación en protocolos de investigación clínica. Sólo en casos de extrema urgencia donde la vida del paciente dependa de la rapidez del procedimiento es posible saltar este paso fundamental de la buena práctica médica.

En el Consentimiento Informado debe figurar la naturaleza de la operación o procedimiento terapéutico a realizar, sus probables ventajas y sus riesgos, y qué tan necesaria o urgente es la práctica. Existen modelos de planillas de CI donde el paciente debe firmar, y e los que a veces figura muy

someramente la explicación de los procedimientos. De modo que la calidad del CI como buena práctica requiere una relación de confianza, que sin embargo en la práctica muchas veces se ve dificultada por ciertas características del sistema de salud.

Definido al consentimiento informado como la declaración de voluntad efectuada por un paciente, por la cual éste decide prestar su conformidad y someterse a un procedimiento o intervención quirúrgica, que se le propone como médicamente aconsejable, luego de haber recibido información suficiente al respecto<sup>7</sup>. El nuevo Código, en su art. 59 se refiere a esta figura, recogiendo la esencia de la definición citada y exigiendo su implementación como paso previo a todo tratamiento clínico o procedimiento quirúrgico –salvo disposición legal en contrario-. Además, se detiene en algunos de sus aspectos críticos, como qué y cuanto debe informarse, a cuyo respecto sigue la letra de la ley de Derechos del Paciente (26529/09, actualizada conf. Ley de Muerte Digna, 26742/12).

Recientemente fue publicada en el Boletín Oficial de la República Argentina la ley 26.529 relativa a los derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, la historia clínica y el consentimiento informado.

La ley promulgada consiste en una norma que consagra derechos del paciente pero que omite por completo regular las obligaciones del paciente y derechos del profesional; la bilateralidad que caracteriza a todo contrato de asistencia médica supone, por caso, el deber de colaboración del paciente respecto de las labor diagnóstica y terapéutica que el médico lleva a cabo, como el derecho de este último al privilegio terapéutico, que habilita limitaciones al deber de informar cuando el buen criterio profesional así lo justifique.

La ley enuncia en sus primeros artículos una serie de derechos sin fijar sus límites y esta imprecisión genera muchas zonas grises. La ley denota un “fervor legislativo”, es decir norma sobre aspectos ya establecidos por otras leyes (ley 17.132 de ejercicio de la medicina, ley 23.542 antidiscriminación, ley 26.061, ley 25.326 de habeas data) Por otro lado son destacables algunos aspectos positivos de la ley, en especial en lo referente a las dudas y diversos criterios interpretativos que la ley despeja y clarifica en materia de consentimiento informado, como así también en cuanto al contenido y entrega de la historia clínica.

El consentimiento informado se basa en la autonomía del paciente, en la capacidad de decisión sobre lo que se le va a realizar sobre su cuerpo y se define como: capacidad de comprender, entender y decidir voluntariamente, de aceptar o rechazar un procedimiento médico, basándose en la información dada por el médico.

## **Objetivos**

Describir las percepciones, conocimientos y prácticas de los médicos del servicio penitenciario acerca de la responsabilidad médica.

Investigar el uso de conductas para evitar las demandas por responsabilidad profesional

Evaluar conocimiento de los médicos sobre aspectos médico-legales

## **Metodología**

Se llevó adelante un estudio descriptivo y transversal en base a una encuesta a médicos del Servicio Penitenciario, provincia de Santa Fe, durante el periodo comprendido entre Septiembre y el 30 de diciembre de 2016. Se incluyó para esto a aquellos profesionales médicos que aceptaran participar del estudio en forma voluntaria y anónima.

La recolección de datos consistió en una encuesta elaborada para tal fin, en formato de cuestionario impreso (ver anexo). El muestreo fue no probabilístico, la muestra quedó conformada por 40 encuestas.

VARIABLES:

Especialidad médica

Sexo

Universidad donde cursó sus estudios

Años de ejercicio de la profesión

Sobre la práctica diaria:

Dificultad en la relación médico paciente

Trato que reciben de los pacientes

Relación con el equipo de salud

Motivo de errores en la práctica diaria

Exigencias en el trabajo

Causas de responsabilidad médica

Modo para evitar demandas

Conocimientos sobre responsabilidad médica

Conocimientos sobre cobertura

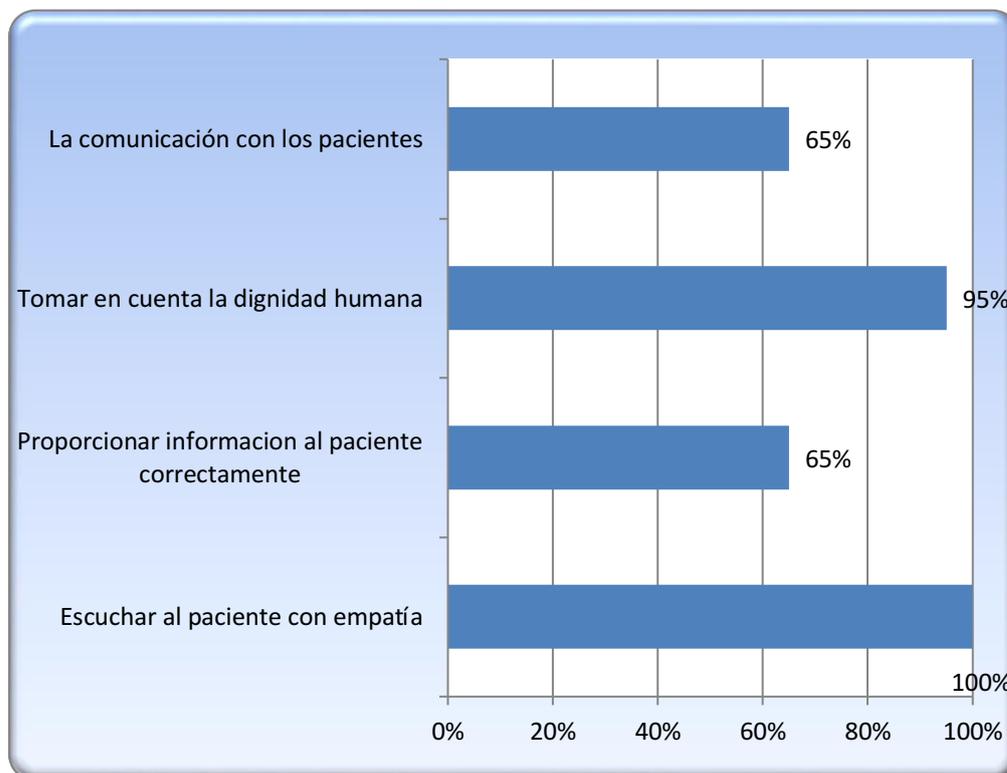
## Resultados

Población estudiada, 40 profesionales, todos con estudios en la Universidad Nacional de Rosario.  
Un 80 % tenía especialidad médica realizada. El promedio de años en la actividad fue de 10,2 años.  
Del total de médicos evaluados, 70 % son varones.

Sobre la práctica de la medicina:

\* Dificultad en la relación médico paciente: tomar en cuenta la dignidad humana un 95 %, escuchar al paciente con empatía 100 %.

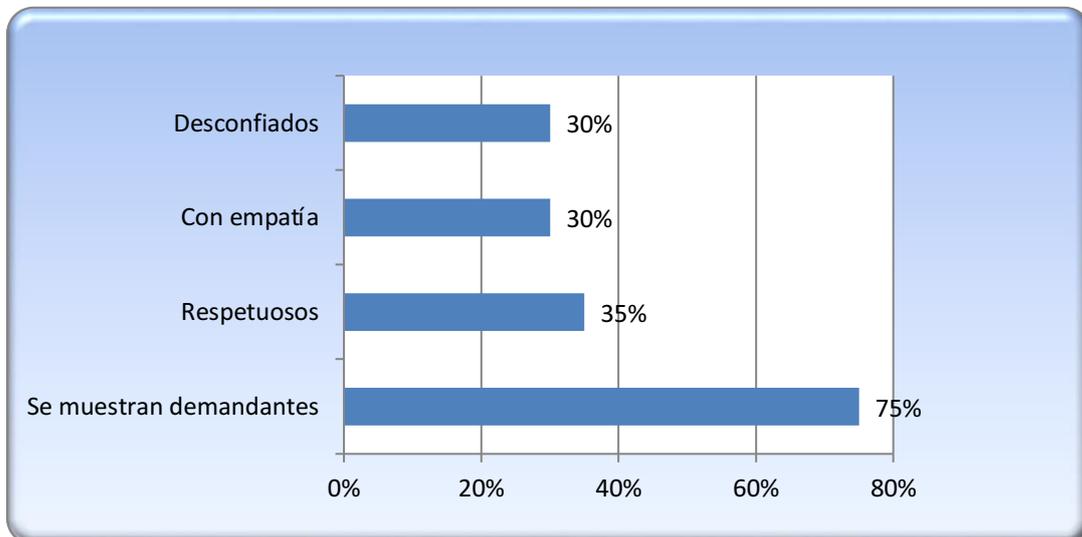
**Gráfico 1:** distribución de las frecuencias relativas de lo más difícil en la relación médico-paciente en la población estudiada.



\* Trato que reciben:

Hay aumento en la demanda de los pacientes hacia el profesional (75 %).

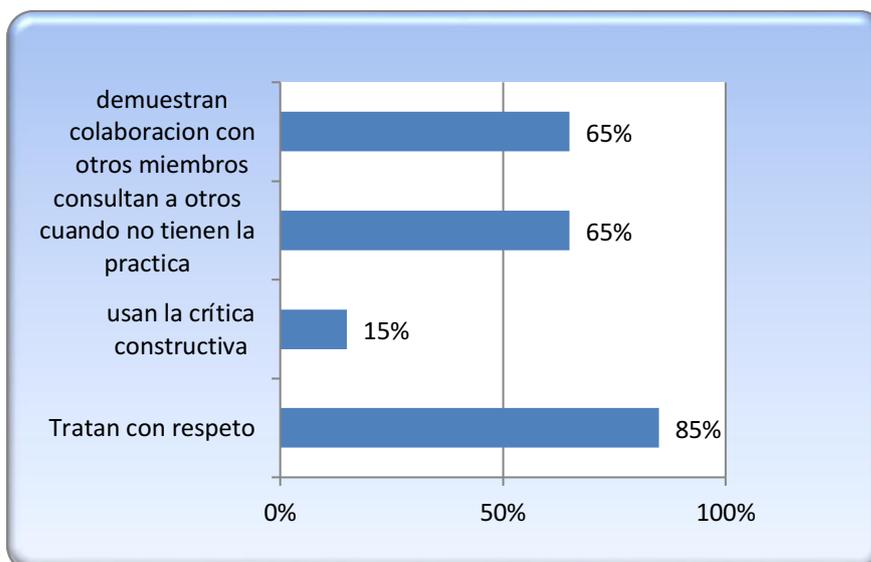
**Gráfico 2: distribución de las frecuencias relativas del trato que recibe de los pacientes la población estudiada.**



\* Relación con los miembros del equipo de salud

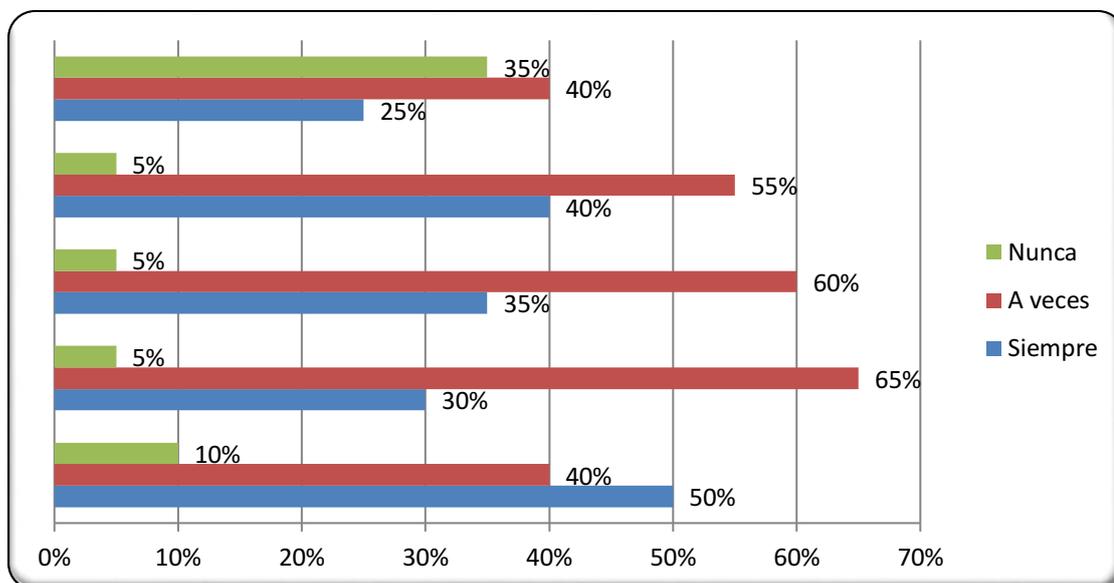
Colaboración y respeto con los miembros del equipo.

**Gráfico 3: distribución de las frecuencias relativas de la relación con los miembros del equipo de salud en la población estudiada**



\* Contenido y exigencias en el trabajo.

Solo a veces reciben la información necesaria 60 %.



\* Motivos de errores en la práctica médica

En su mayoría atribuye al cansancio y falta de control y supervisión

\* Contenidos y exigencias del trabajo.

\* Motivos de mayor relevancia en las demandas por responsabilidad médica.

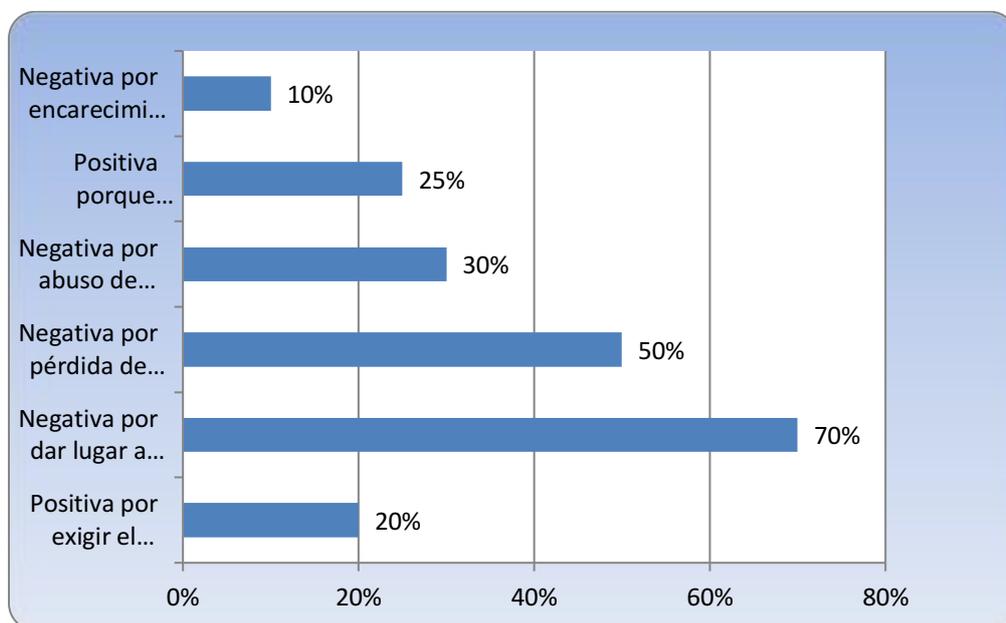
Se coincide en la falta de información al paciente en el 85 %, accionar poco ético de letrados 70 %.

\* Influencia de las demandas en la práctica profesional

Todo lleva a una medicina defensiva con temor a las denuncias.

- ***Influencia de las demandas en la práctica profesional***

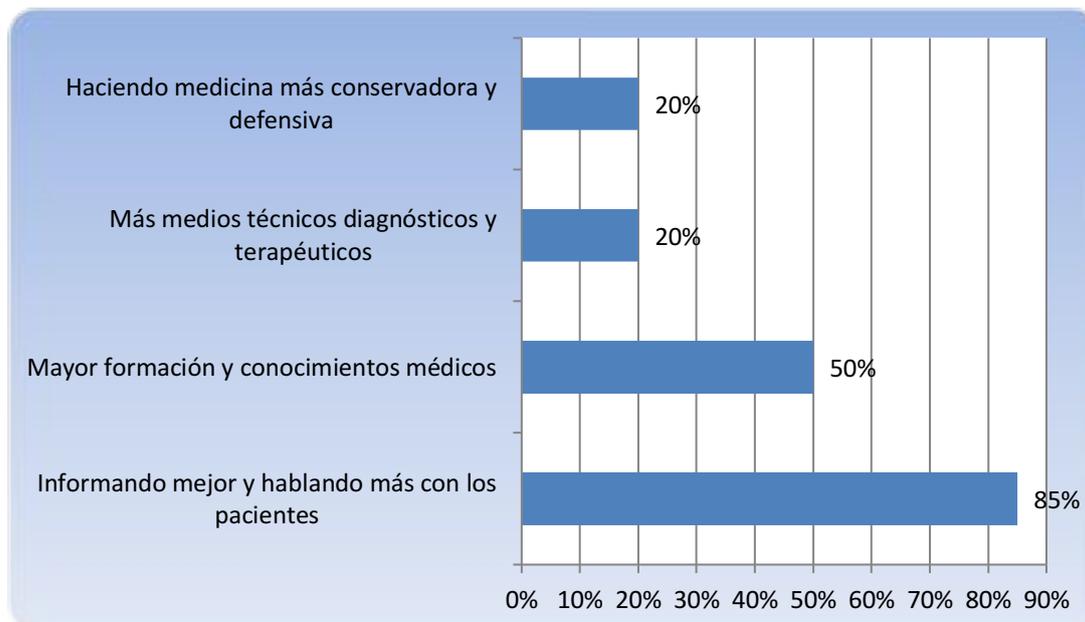
**Gráfico 6:** distribución de las frecuencias relativas de la influencia de las demandas en la práctica profesional de la población estudiada.



- *Acciones para evitar denuncias de mala praxis*

Mayor profesionalización y formación, como así también una buena relación médico-paciente.

**Gráfico 7:** distribución de las frecuencias relativas de acciones para evitar denuncias por mala praxis en la población estudiada.



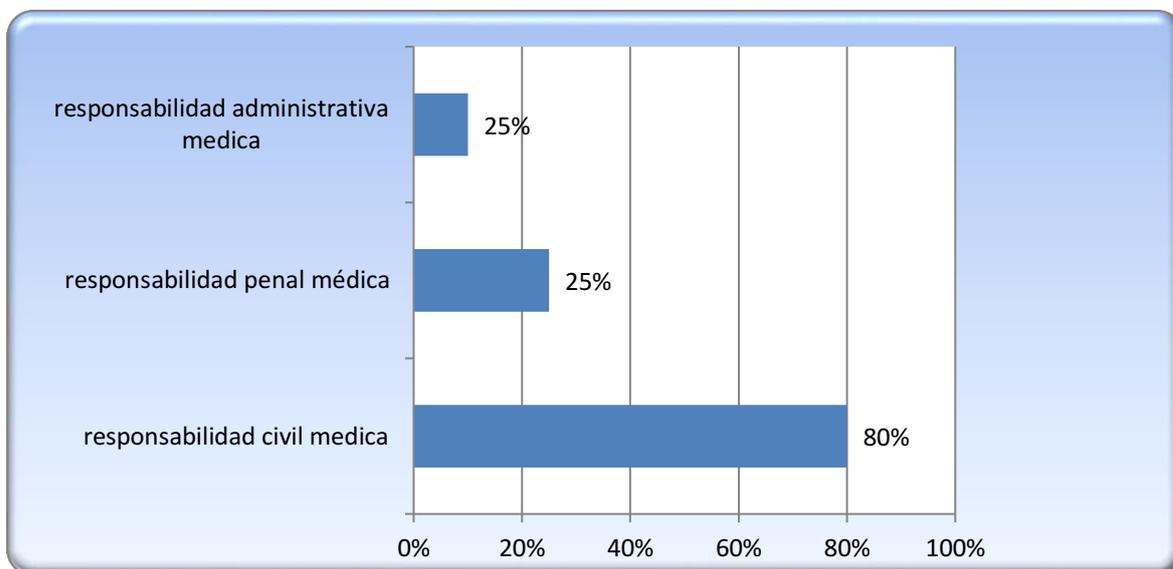
Conocimientos sobre responsabilidad médica:

El 70 % desconoce sobre el accionar del médico en las distintas esferas de acción, y la responsabilidad civil y penal.

\* Cobertura del seguro

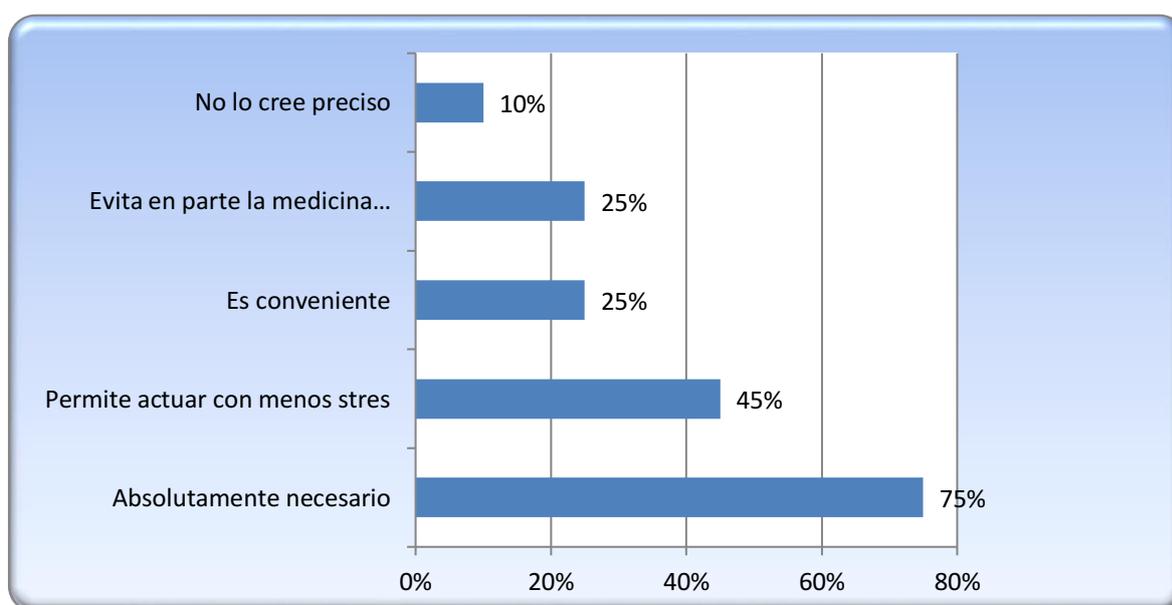
**Gráfico 8:** distribución de las frecuencias relativas de los conocimientos sobre la cobertura del seguro de responsabilidad médica de la población estudiada.

El 70 % manifiesta que cubre la responsabilidad médica civil.



\* Importancia del seguro

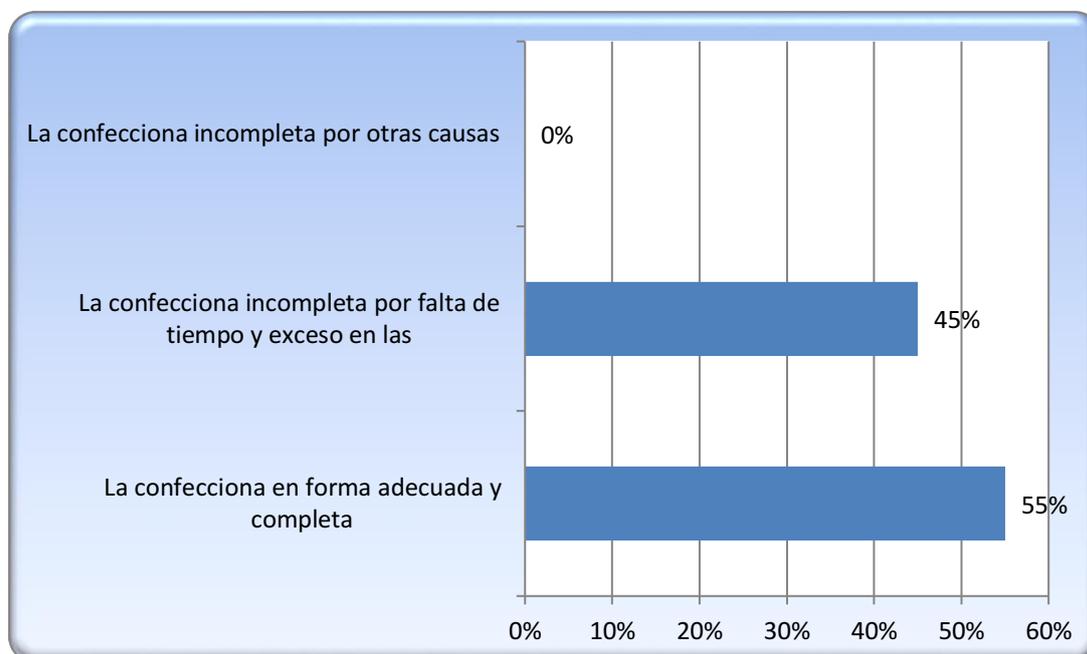
**Gráfico 9:** distribución de las frecuencias relativas de la importancia del seguro de responsabilidad médica para la población estudiada.



Disparidad en las respuestas, el 75 % lo cree necesario, un 25 % que es conveniente, 45 % que permite trabajar con más tranquilidad.

\* Confección de historia clínica

**Gráfico 10: distribución de las frecuencias relativas de la confección de la historia clínica en la población estudiada.**



La confección es adecuada manifiesta el 55 %

\* Formato de historia clínica

El 60 % asegura que confecciona en forma manual, 20 % informatizada

\* Certificado médico

De la población estudiada, la mayoría los extiende a solicitud de los pacientes, un 30 % solo otorga una constancia sin mencionar diagnóstico.

\* Uso de estampilla

De los entrevistados el 70 % conoce del uso del estampillado, el 60 % sabe que lleva dos estampillas y el 60 % conoce donde se destina el monto recaudado.

\* Certificado de defunción

En cuanto a la firma del mismo, el 90 % responde que corresponde al profesional que lo atendió en su última enfermedad y lo lleva a la muerte. Un 50 % menciona que no se firma en caso de muerte violenta o no poder identificar una causa.

\* Consentimiento informado

Un 70 % de los entrevistados refiere que se realiza en caso de procedimientos invasivos, un 55 % dice que puede ser escrito o no, un 60 % que es un acto formal. El 80 % no conoce la información que debe contener. El 90 % coincide en el uso del modelo pre impreso.

## **Conclusión**

La deontología médica es el estudio de los deberes y obligaciones del médico. Tanto los deberes como derechos del médico están en íntima relación con los derechos que asisten al paciente, la otra parte del binomio sustancial que implica la relación médico-paciente. en el ámbito nacional el ejercicio de la medicina está regido por la ley 17.132, que comprende las normas para el ejercicio de la medicina, que es anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud de los mismas. La diceología médica estudia los derechos del médico; la ley 17.132 no hace mayormente referencia a los derechos del médico. Medidas para evitar conflictos: establecer buena relación con el paciente y la familia; informar clara y adecuadamente los pormenores del caso al paciente y familiares, obteniendo el consentimiento para actuar; confeccionar completa y prolija historia clínica; anotar toda interconsulta realizada con las firmas de los profesionales intervinientes; seguir normativas de estudio y tratamiento establecidas. La mala relación con el paciente, realización inadecuada de documental médica, causas que pueden derivar en demandas judiciales. Hace algunas décadas era una rareza encontrar causas judiciales contra los médicos, lo que cambió drásticamente en la actualidad.

## **Bibliografía**

- ACHAVAL, A. *Manual de Medicina Legal*. Ed. Abeledo – Perrot, 4ta edición actualizada. Volumen 263 - 1994. 950-20-0779-4
- BASILE, A. *Fundamentos de Medicina Legal y Deontología y Bioética*. Bs. As: Edit. El Ateneo, 6° edición. 2015. 0901-4
- BONNET, E. *Lecciones de Medicina Legal*. Bs. As: Ed. López Libreros 2da Ed. 1980.
- CASTAÑO, P.. *El consentimiento informado en la responsabilidad médica*. Bogotá: Ed. Temis. 1997. 0140-1.
- FRARACCIO, J. *Medicina Forense Contemporánea*. Ediciones Argentinas Dosyuna, 2005. 987-22059-1-4.
- CODIGO PROCESAL PENAL. Buenos Aires: Editorial Cívica. 2012.
- GISBERT CALABUIG, J. *Medicina Legal y Toxicología*. Editorial Masson, 6ta edición. 2004 - 1415x
- HERNANDEZ GIL, A. Responsabilidad por mala praxis médica. Análisis del problema a través de encuestas a colegios oficiales de médicos y de abogados”. Tesis doctoral. Universidad de Córdoba, 2002. Disponible en: <http://helvia.uco.es/xmlui/bistream/handle/10396/281/13209401.pdf?sequence=1>
- PATITO, José A. . *Manual de Medicina Legal*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial. 2012- 152-6.
- PATITO, José A. *Tratado de Medicina Legal* . Buenos Aires: Ediciones Centro Norte. 950-9755-21-4. 2000.

## Anexo 1:

### Certificados e historia clínica

#### Historia Clínica Pediátrica

cama: \_\_\_\_\_

##### Interrogatorio

##### 1. Ficha de Identificación

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ afiliación \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Informante \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

##### 2. Antecedentes

###### a) Heredo Familiares

Madre	Edad _____ Ocupación _____ Escolaridad _____ Gesta _____ P _____ C _____ A _____ Especifique _____
Padre	Edad _____ Ocupación _____ Escolaridad _____ Toxicomanías _____ Especifique _____
Patología (infecciosa, endocrino patías, no plásicas, hematológicas, etc)	_____ _____ _____

###### b) Personales Patológicos

Enfermedades, quirúrgicos, alérgicos, transfusionales, etc.	_____
---	-------

###### c) Personales No patológicos

Hábitos personales. baño _____, habitación (ctos, piso, techo, ven, hab, servicios) _____
Convivencia con animales _____ otros _____
Alimentación: Pecho materno _____, por _____ meses, ablactación _____, destete _____ otros _____
Carne _____, leche _____, huevo _____, frutas y verduras _____, cereales _____ otros _____
Deportes (act. Física/f) _____ Escolaridad _____
Inmunizaciones _____
Grupo sanguíneo y Rh _____
Desarrollo psicomotor: (especificar edad en meses) siguió objetos _____, sonrió _____, sostuvo la cabeza _____, sentó _____
Caminó _____, control de esfínteres vesical _____, anal _____, escolaridad actual _____
Datos anormales _____

###### d) Perinatales

Producto de embarazo no _____, de curso _____, de _____ semanas de gestación, sitio del nacimiento _____
Nacimiento por (parto o cesárea) _____ anestesia _____ especifique _____
Datos al nacimiento: Peso _____ gr, Talla _____ cm, Apgar _____, Presentó problemas al nacimiento (apnea, convulsiones, ictericia, hemorragia, otros) _____

3. **Padecimiento Actual** (1 principio, 2 evolución, 3 estado actual) / Comentar laboratorios

--

4. **Síntomas Generales / Aparatos y sistemas**

--

5. **Diagnósticos y terapéutica utilizada previamente**

--

**Exploración física**

1. **Exploración general / Signos Vitales**

1. FC:	5. Peso actual:
2. TA:	6. PC
3. FR:	7. Talla
4. Temperatura	8. Otros

2. **Exploración regional (especificar área y detallar exploración de encontrarse alteraciones)**


Impresión Diagnóstica	
--------------------------	--

*Diseño: Dr. Luis Humberto Cruz Contreras, luis\_h\_cruz@hotmail.com*



### CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

CERTIFICADO N° 256515

NOMBRES Y APELLIDOS DEL FALLECIDO _____		Carné de Identidad _____	Número _____
<b>A - LUGAR DE LA DEFUNCIÓN</b>		<b>B - RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO</b>	
1 - Departamento _____	2 - Sección Judicial _____	1 - Departamento _____	2 - Sección Judicial _____
3 - Ciudad, Pueblo o paraje _____		3 - Ciudad, Pueblo o paraje _____	
Escribese el nombre _____		Escribese el nombre _____	
4 - Anótese si es: Urbano <input type="checkbox"/> Suburbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		4 - Anótese si es: Urbano <input type="checkbox"/> Suburbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	
5 - Dirección, Calle _____ N° _____		5 - Dirección, Calle _____ N° _____	
6 - Si la defunción ocurrió en un establecimiento asistencial público o privado anótese _____		Esquina _____	
7 - Dirección, Calle _____ N° _____		Banco _____	
<b>C - DATOS PERSONALES DEL FALLECIDO</b>			
1 - Sexo _____ 2 - Raza/Etnia _____ 3 - País de Nacimiento _____		<b>8 - PROFESIÓN U OCUPACIÓN</b>	
4 - Fecha de Nacimiento: día _____ mes _____ año _____		8.1 - Si trabajó o trabajaba (anotar ocupación) _____	
5 - Estado Civil _____ 6 - Edad en años _____		<b>8.2 - INSTRUCCIÓN FORMAL</b> Marque con una X:	
<b>7 - PARA FALLECIDOS MENORES DE UN AÑO</b>		Sin Instrucción o Primaria Incompleta <input type="checkbox"/>	
(Completarse esta sección para fallecidos en edades comprendidas entre 7 días y 11 meses menores de 7 días véase en el reverso el certificado de defunción perinatal)		Primaria Completa o Secundaria o UTU Incompleta <input type="checkbox"/>	
a - Edad: Meses _____ Días _____ b - Peso al nacer _____ Gramos _____		Secundaria o UTU Completa o Superior Incompleta <input type="checkbox"/>	
c - Legítimo _____ ilegítimo _____ d - Edad de la madre _____		Superior Completa <input type="checkbox"/>	
e - Carné de Identidad de la madre _____		<b>USUARIA DE:</b> Especifique	
f - Lugar de nacimiento: Domicilio <input type="checkbox"/> Hospital o Sanatorio <input type="checkbox"/>		ASSE <input type="checkbox"/> Seguro Parcial <input type="checkbox"/>	
Anotar nombre completo del Hospital o Sanatorio _____		Municipal <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/>	
		Sanidad Policial <input type="checkbox"/> Aseg. Familiares <input type="checkbox"/>	
		Sanidad Militar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
<b>D - CERTIFICADO MÉDICO</b>			
1 - La defunción que se certifica ocurrió el día _____ del mes _____ del año 20____ a la hora _____ y _____ minutos			
2 - PARTE I:			
3 - ESTADO O ENFERMEDAD CAUSANTE DIRECTO DE LA MUERTE _____		A) _____ DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) _____	
4 - CAUSAS QUE PRECEDIERON _____		B) _____ DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) _____	
Anótese cualquier proceso morbido que haya dado lugar a la causa mencionada en A, estableciéndose que condujo a la muerte.		C) _____	
5 - PARTE II:			
OTROS ESTADOS MORBIDOS CONTRIBUYENTES _____			
Anótese cualquier proceso que haya contribuido a la muerte, pero que no esté relacionado con la causa inmediata anotada en A _____			
<b>SOLAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS</b>			
6 - Si la muerte se debió a factores externos, se deben establecer:			
a - Suicidio _____		8 - Si se había practicado alguna intervención, díjese anotado en "PARTE I" o en "PARTE II" según correspondiera (ítems 2, 3, 4 o 5 precedentes) su papel en la producción de la muerte, además:	
b - Homicidio _____		a - día _____ mes _____ año _____	
c - Accidente _____ o - Ac. de tránsito <input type="checkbox"/>		b - Nombre de la intervención _____	
e - Ac. Laboral <input type="checkbox"/>		c - Causa por la que se operó _____	
7 - Fecha: Día _____ mes _____ año _____		d - Se practicó autopsia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
1 - El que suscribe _____ en su carácter de _____ Anótese el título que lo autoriza a firmar este certificado			
2 - Domiciliado en _____ Localidad _____ Calle _____ Número _____ establece que los datos mencionados en el presente certificado que expide			
3 - El _____ de _____ de 20____ Año _____ tiene valor de declaración jurada Firma _____ N° de C.J.P. _____			
4 - Cuando la defunción sea certificada en el ejercicio privado de la profesión, en este lugar se debe colocar e imprimir el nombre que establece la Ley 12.128 de 13 de Agosto de 1994 (Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios)			
5 - Cuando la defunción haya ocurrido en el establecimiento público asistencial o de internación debe ponerse el sello correspondiente en este espacio Firma del empleado del establecimiento que remite este certificado _____			
6 - El Oficial del Registro del Estado Civil de la _____ Sección Judicial del Departamento de _____ Hace constar que en el acta _____			

**Anexo N°1. Modelo propuesto de un documento de consentimiento médico informado.**

LOGO DEL HOSPITAL (s)  
Nombre del Hospital (a)  
Departamento (Ej.: Cirugía, Ginecología, etc.)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, (nombre y apellidos del paciente y/o de la persona responsable).....  
..... identificado con Documento de Identidad  
Nro:....., domiciliado en .....  
.....familiar.....de ..... edad (.....)

(b), paciente del Hospital (nombre del hospital), consciente de mis actos, bajo absoluta voluntad y responsabilidad propia declaro que (c):

El Dr.: ..... con Registro del Colegio Médico del Perú N°: ..... (d), médico del servicio de ..... ME HA INFORMADO de forma confidencial, respetuosa y comprensible el diagnóstico de mi/su enfermedad (e): ..... de los estudios y tratamientos que ella requiere.

Autorizo la realización en (mi/ o la persona representada) del procedimiento médico o quirúrgico que a continuación se detalla (f): .....

..... que será realizada por el Dr. .... con Registro del Colegio Médico del Perú N°: ..... (g) Habiendo sido informado de forma clara, la naturaleza y los beneficios (h): ..... que serán obtenidos con dicho procedimiento, así como los métodos alternativos.

Doy el consentimiento para la realización de otros procedimientos al anteriormente citado que puedan contemplarse durante el acto de los previamente autorizados y que en opinión del médico nombrado o sus asistentes, puedan considerar necesarios y/o aconsejables en el curso de la operación depositando mi confianza en el trabajo profesional y de buena fe de los médicos de este hospital (i).

Doy el consentimiento al médico anestesiólogo: ..... con registro del Colegio Médico del Perú N°: ..... para la administración de anestésicos que puedan ser empleados en el acto quirúrgico habiendo sido informado de los riesgos que implican su uso (j): .....

..... Se me ha explicado que se esperan resultados satisfactorios con el procedimiento al cual me someto, pero pueden existir, complicaciones como (k): .....

También he sido informado que existen otros riesgos tales como: pérdida severa de sangre, infección, paro cardíaco, etc., asociados a la práctica de cualquier procedimiento quirúrgico por lo que consiento que se me (le) administre sangre o hemoderivados y/o medicamentos, procedimientos y/o terapias que sean considerados necesarios a juicio del médico tratante (l).

Por mi/su situación médica actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, ..... ) se me ha informado que puede aumentar la frecuencia o la gravedad de los riesgos o complicaciones como: .....

Autorizo se disponga con fines de estudio para mi diagnóstico y/o tratamiento cualquier tejido, órgano o fluido que se me (le) haya sido extraído o extirpado, como resultado del acto médico descrito (m).

La naturaleza o propósito de la operación o el procedimiento, así como los métodos alternativos de tratamiento, los riesgos comprometidos y la posibilidad de complicaciones, me han sido totalmente explicadas en un lenguaje claro y sencillo y se me ha permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que le he planteado (n).

Por lo cual manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento, en fe de lo cual, en señal de ACEPTACION de los anteriormente expuesto, lo suscribo.  
En lugar, y fecha (o)

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable o paciente (p)  
Nombre:  
DNI:

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo (en caso que el paciente sea analfabeto) (q)  
Nombre:  
DNI:

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico responsable de la orientación (r)  
CMP:

- Este documento puede ser revocado, en el momento que el paciente lo considere necesario

Asimismo autorizo tomar fotografías y/o filmar la operación o los procedimientos que serán realizados incluyendo porciones apropiadas de mi cuerpo para propósitos EXCLUSIVAMENTE CIENTIFICO Y EDUCATIVOS, sabiendo que mi identidad no será revelada en ese material filmico o fotográfico, y autorizo la admisión de observadores médicos, o internos al acto quirúrgico o procedimiento con el propósito de educación médica (t).

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable o paciente  
Nombre:  
DNI:

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo (en caso que el paciente sea analfabeto)  
Nombre:  
DNI:



## CERTIFICADO MEDICO

Control laboral



Certifico que .....  
de ..... años de edad,  
D.N.I. N° .....  
fue evaluado .....  
con diagnóstico presuntivo .....

- 1) Se aconseja reposo absoluto / parcial por el termino desde el ..... hasta el ..... Inclusive.
- 2) Citado a control el .....
- 3) Se otorga alta médica en la fecha.
- 4) A pedido del interesado y a los fines de ser presentado ante .....

extiendo y firmo el presente a los ..... días del mes de ..... de 20.....

Observaciones .....

LOCALIDAD (Provincia de Santa Fe)

Firma, sello y matricula del médico

1 / 2 / 3 - Marcar la opción que corresponde.

4 - Completar con Institución o autoridad que solicita el certificado.

**CODIGO PENAL DE LA NACION ARGENTINA - ARTICULO 158:** Será reprimido con multa de pesos mil quinientos a pesos noventa mil e inhabilitación especial, en su caso, por seis meses a tres años, el que teniendo noticia, por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación puede causar daño, lo revelare sin justa causa.

## **Anexo2:**

### **Encuesta**

Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_

Universidad donde estudió:

Especialidad médica:

Año de egreso:

Antigüedad en el servicio:

1- Respecto a la relación con los pacientes, lo más difícil es:

\* Escuchar al paciente

\* Proporcionar información

2- El trato que recibe de los pacientes es:

\* Respetuoso

\* Desconfiado

\* Con empatía

3- Relación con los miembros del equipo de salud

\* Trato con respeto

\* Uso de crítica positiva

\* Consultan cuando no tienen el conocimiento requerido

4- Si ocurrió un error en su práctica fue por:

\* Falta de supervisión

\* Falta de formación

\* Falta de descanso

5- Contenido y exigencias en el trabajo

\* distribución de tareas irregular:                      siempre - a veces - nunca

\* recibe toda la información que necesita      siempre - a veces - nunca

\* se toma en cuenta su opinión                      siempre - a veces - nunca

\* recibe apoyo necesario                              siempre - a veces - nunca

6- Las demandas por responsabilidad medica aumentaron, cuál de los motivos considera mayor relevancia.

\* Confección inadecuada de historia clínica

\* Incumplimiento de protocolos

\* Poco uso de métodos complementarios

\* Excesivo uso de métodos complementarios

\* Falta de información al paciente

\* Medicina más compleja

\* Mayor información de los pacientes

\* Accionar poco ético de los letrados

7- Como influye el aumento de las demandas en la práctica profesional

\* Positiva porque exige mayor atención

\* Negativa porque da lugar a una medicina defensiva

\* Negativa por abuso de métodos complementarios

\* Negativa por encarecimiento de la medicina

8- Que acciones realiza para evitar demandas

\* No me preocupa

\* Mayor formación y conocimiento

\* Mas medios técnicos de diagnóstico

\* Mejor relación médico-paciente

9- La responsabilidad médica puede juzgarse

\* Responsabilidad civil médica es la obligación de indemnizar los daños causados a la víctima.

V o F

\* Responsabilidad penal médica es el sometimiento al poder de castigo del Estado. V o F

\* Responsabilidad administrativa médica supone el sometimiento al poder sancionador de la administración en las situaciones previstas como sancionables administrativamente. V o F

\* Responsabilidad civil médica puede derivarse de un contrato o sin que exista contrato V o F

\* Responsabilidad penal médica surge cuando se somete un delito o una falta. V o F

10- El seguro de responsabilidad médica lo cubre para que tipo de responsabilidad médica?

\* Responsabilidad médica civil

\* Responsabilidad médica Penal

\* Responsabilidad Administrativa médica

11- que opina del seguro de responsabilidad médica

\* Es necesario

\* Es conveniente

\* No lo creo preciso

\* Permite actuar con menos stress

\* Evita la medicina defensiva

12- Sobre la confección de historia clínica

\* La confecciona adecuada y completa

\* La confecciona incompleta por falta de tiempo

\* La confecciona incompleta por otras causas

13- La confección de la historia clínica

\* Se confecciona con escritura manual

\* Se confecciona en la computadora

\* Está digitalizada y no se imprime

\* Se confecciona informatizada

#### 14- El certificado médico

\* Solo se da una constancia de atención con la fecha y nombre, sin contar diagnóstico, tratamiento u otro dato.

\* Lo da siempre a solicitud del paciente

\* No se realiza

#### 15- Señale lo correcto

\* En la Provincia de Santa Fe es obligatorio el uso de estampilla en los certificados

\* La documental es objeto de estampillado o gravamen contributivo por el solo hecho de salir del conocimiento estrictamente personal del profesional actuante.

\* El estampillado le otorga valor legal al certificado médico

\* Quedan exceptuados del estampillado los certificados emitidos por hospitales públicos.

#### 16- Complete

\* Cuantas estampillas lleva el certificado médico en la Prov. de Santa Fe \_\_\_\_\_

\* Donde se destina el monto abonado:

#### 17- Certificado de defunción, quienes lo deben firmar

\* Profesional que asistió al paciente en el proceso que condujo a la muerte

\* Médico que estuvo presente en los últimos momentos

\* Médico que lo atendió en su última enfermedad

\* Cualquier otro médico que haya reconocido el cadáver y pueda reconstruir los mecanismos de muerte

- cuando no se debe firmar el certificado de defunción

\* Casos de muerte violenta o sospechosa de criminalidad

\* cuando no se reconoce el cadáver

\* cuando no se puede reconstruir fiablemente los mecanismos de muerte.

\* cuando no se puede identificar la causa

#### 18- Sobre el consentimiento informado

- \* Es un proceso
- \* Es un acto formal
- \* Puede ser escrito o no
- \* Siempre debe ser escrito
- \* Debe ser escrito en el caso de procedimientos invasivos o asociados a riesgos significativos.

#### 19- Información que debe contener el consentimiento informado

- \* El diagnóstico y su evaluación
- \* El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto
- \* Las demás modalidades posibles de tratamiento
- \* Los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto

#### 20- que modelo de consentimiento usa

- \* escrito de puño y letra, específico según el procedimiento a realizar
- \* Pre impreso y común a todos los procedimientos
- \* Pre impreso y orientado según el procedimiento.