


**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y PSICOPEDAGOGÍA**

**ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA**

**TRABAJO FINAL**

# Proyecto de intervención:
# Conocimiento previo sobre responsabilidad médica en estudiantes de Medicina de una universidad del sur de la Provincia de Santa Fe

**Alumno:**

**Abud, Felipe Miguel**

**Año 2024**

**Resumen**

La responsabilidad médica puede ser juzgada en el ámbito civil, penal o administrativo. En relación con la responsabilidad civil, los profesionales tendrán la obligación de reparar por los daños acaecidos en un individuo que surjan de una acción u omisión en el ejercicio profesional, cuando mediare en ello impericia, imprudencia, negligencia o inobservancia de los reglamentos y deberes a su cargo. La responsabilidad penal, en cambio, tiene relación con la existencia de un delito, que por definición legal es todo acto, por acción u omisión, típico (es decir, que tiene que estar descripto claramente en normas), antijurídico (porque se opone al derecho) y culpable (dado por la capacidad del autor para discernir la criminalidad del hecho y dirigir sus acciones). Por último, la responsabilidad administrativa podría incluir el apercibimiento y/o suspensión y/o exoneración laboral tras una investigación sumarial.

Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, el aumento de la siniestralidad provoca serias consecuencias emocionales, económicas y personales a los profesionales demandados, como así también una mayor erogación de recursos destinados al resarcimiento económico y pago de costas judiciales.

El presente trabajo tiene como objetivo implementar una intervención educativa, mediante el desarrollo de talleres de discusión y resolución de situaciones problemáticas en la práctica médico legal, para lo cual se diseñará, primeramente, una investigación del conocimiento que los estudiantes de Medicina de una universidad del sur de la Provincia de Santa Fe y sus tutores de grado tienen sobre el tema, a través de una encuesta a 20 tutores de grado y a 20 estudiantes avanzados de esa carrera, durante el período 2024 - 2025. De esta manera, mediante la intervención docente antes mencionada, se intentará lograr que los estudiantes alcancen una suerte de conclusión, afirmación e integración teórico-práctica del tema tratado durante el cursado, con la guía permanente del docente a cargo, esperando de este último que, aunque conserve un rol totalmente activo, siguiendo el pensamiento de Knowles (1973), pueda cambiar su papel de profesor a una suerte de facilitador del aprendizaje y a un director del proceso que conduce al mismo.

Desde otra perspectiva, en esencia, la actividad de intervención supone poner en práctica el gran desafío de la enseñanza: la aplicación de la teoría en la práctica, en la acción, integrando ambas. Una práctica simulada, tan en boga en la formación médica en la actualidad.

**Palabras Clave**: conocimiento, responsabilidad médica, estudiantes de Medicina, tutores.

## Índice


1. Introducción ..... 3
2. Planteo del Problema ..... 6
3. Justificación y Factibilidad ..... 8
4. Objetivos ..... 11
4.1 Objetivo General ..... 11
4.2 Objetivos Específicos ..... 11
5. Hipótesis ..... 12
6. Antecedentes - Estado del Arte ..... 13
7. Marco Referencial ..... 16
7.1 Las Universidades y la Enseñanza de la Medicina Legal ..... 16
7.2 La Medicina Legal: sus Definiciones, Alcances e Incumbencias ..... 17
7.3 La Estructura de la Enseñanza de la Medicina Legal dentro de las Cs. Médicas ..... 18
8. Metodología ..... 26
8.1 Etapa 1: Investigación ..... 26
*8.1.1 Muestra* ..... 26
*8.1.2 Técnica de Recolección de Datos* ..... 26
*8.1.3 Aspectos Éticos* ..... 27
*8.1.4 Criterios de Selección de la Muestra* ..... 27
*8.1.5 Técnica de Análisis de Datos* ..... 28
9. Resultados ..... 29
10. Etapa 2: Implementación de la Intervención ..... 40
10.1 Denominación ..... 40
10.2 Naturaleza de la Intervención ..... 40
10.3 Taller ..... 40
10.4 Factibilidad ..... 41
10.5 Análisis de Datos y Ajuste del Diseño de Intervención ..... 42
10.6 Cronograma ..... 44
11. Conclusiones ..... 46
12. Referencias bibliográficas ..... 48
13. Anexos ..... 51
13.1Anexo 1 - Encuesta sobre Responsabilidad Médica ..... 51
13.2 Anexo 2 - Ejercicios sobre Historias Clínicas y Certificados Médicos ..... 56

## 1. Introducción

La responsabilidad profesional médica puede ser juzgada en el ámbito civil, penal o administrativo. El elemento fundamental es el daño, sinónimo de lesión, según se esté en el Fuero Civil o Penal, respectivamente (Patitó, 2003).

En relación con la responsabilidad civil del médico, los profesionales tendrán la obligación de reparar o indemnizar por los daños acaecidos en un individuo que surjan o sean derivados de una acción u omisión en el ejercicio profesional, cuando mediare en ello impericia, imprudencia, negligencia o inobservancia de los reglamentos y deberes a su cargo. Entre el médico y el paciente se establece lo que se denomina relación contractual, es decir, se admite la existencia de un contrato entre ambas partes: el médico y el paciente, con obligaciones y derechos entre ellos.

La responsabilidad penal, en cambio, tiene relación con la existencia de un delito, hecho que por definición legal es todo acto, sea por acción u omisión, típico (es decir, que tiene que estar descripto claramente en normas), antijurídico (porque se opone al derecho) y culpable (dado por la capacidad del autor para discernir la criminalidad del hecho y dirigir sus acciones). Sin embargo, en el caso de la responsabilidad médica, este delito es siempre de tipo culposo (es decir, sin intención), porque la conducta dolosa (intencional) excede la responsabilidad profesional y será juzgada como la de cualquier individuo.

Por último, la responsabilidad administrativa podría incluir el apercibimiento y/o suspensión y/o exoneración laboral tras una investigación plasmada en un sumario administrativo.

Ahora bien, sin perjuicio de las disquisiciones expresadas supra, podríamos decir que la siniestralidad relacionada con el cuestionamiento de los actos médicos es una realidad plausible, en franco incremento, que responde a una etiología multicausal y que exhibe claramente la modificación en el tiempo que la relación médico paciente ha experimentado en forma vertiginosa.

Indudablemente, este aumento de la siniestralidad trae aparejado serias consecuencias emocionales, económicas y personales a los profesionales demandados. Además, suponen una mayor erogación de recursos destinados al resarcimiento económico y pago de costas en litigios derivados de estos reclamos, afrontados habitualmente por los propios galenos, por las instituciones de salud o por sus aseguradoras.

Es así que consideramos relevante que los estudiantes de Medicina y sus tutores de grado conozcan esta problemática, que se involucren y sientan la necesidad de estudiar las causas y posibles consecuencias de esta problemática. Se busca así lograr una concientización acerca de la necesidad de formarse consecuentemente en una práctica profesional más segura

y con mayor observancia de las reglamentaciones legales y normativas vigentes, complementariamente a la lógica y obvia necesidad de formarse adecuadamente en aspectos teóricos y prácticos de la profesión en sí misma.

En este sentido, creemos firmemente que la importancia y trascendencia de la enseñanza de la Medicina Legal va de la mano de la concepción moderna de la disciplina, que conlleva a la ampliación de este concepto tradicional de la asignatura. La misma debe ser interpretada como una rama social de la Medicina, dado que indudablemente intenta abordar, analizar y brindar soluciones a diversos problemas complejos de salud pública mediante una concepción holística e integradora de distintos saberes médicos, biológicos, jurídicos y de otras áreas del conocimiento.

Pese a todo ello, en nuestro medio esta suerte de cambio de paradigma en relación al concepto que los médicos asistenciales tienen hacia la Medicina Legal no siempre va de la mano con lo que los docentes y tutores de grado manifiestan en los claustros universitarios. Es así que no es infrecuente que ciertos docentes y tutores de las áreas clínicas o quirúrgicas tiendan a poseer cierto resquemor o menosprecio hacia nuestra especialidad, lo que trasunta luego en los contenidos y saberes que transmiten hacia los alumnos. Aún más, son frecuentemente los alumnos que en las clases de Medicina Legal comentan que sus docentes de otras áreas le habían enseñado a proceder de una forma distinta en relación con aspectos de la práctica médica cotidiana, tales como la confección correcta, completa, cronológica y foliada de una historia clínica o la redacción de un certificado médico a pedido del paciente. Posiblemente, estos docentes y tutores son producto de una formación que no ha sabido comprender los cambios acaecidos dentro y fuera de las Ciencias Médicas en las esferas sociales, políticas y culturales, a lo cual ya nos hemos referido previamente y, aún más, se encuentran con frecuencia atravesados por concepciones y prejuicios perimidos, arcaicos e infundados.

Es en este contexto, que se propone el diseño de un proyecto de intervención pedagógico, el cual tendrá como destinatarios a los estudiantes avanzados (quinto año o Práctica Final Obligatoria) de la Carrera de Ciencias Médicas de una universidad del sur de la Provincia de Santa Fe, entre los meses de febrero y mayo de 2025. Para ello, primeramente, se ha llevado adelante una etapa de diagnóstico, desarrollando, mediante técnicas cuantitativas, un estudio de tipo descriptivo y transversal en base a una encuesta aplicada a estos alumnos y a sus tutores de grado. Su finalidad es indagar el conocimiento que los mismos poseen sobre los aspectos de la responsabilidad médica.

En una segunda etapa, la de intervención propiamente dicha, se organizará el dictado de una materia electiva, organizada a través de talleres prácticos, articulada en dos segmentos

sucesivos para los alumnos del Ciclo “Diagnóstico, tratamiento y recuperación” y para los de la “Práctica Final Obligatoria”, de cursado semanal. En estos talleres, los estudiantes deberán resolver y hallar, en forma grupal, luego de distribuírsele copias de historias clínicas y certificados médicos, las falencias, omisiones, errores o defectos en la confección de la documental médica; o bien, luego de distribuírseles copias de demandas, civiles y penales, receptadas en contra de profesionales médicos por situaciones relacionadas con la praxis profesional, deberán analizar si estas situaciones de reclamo podrían haberse evitado mediante la aplicación práctica de los saberes deontológicos aprendidos o mediante la adherencia a las recomendaciones inherentes a una práctica médica segura. Los talleres culminarán con la discusión de los casos en forma grupal y colaborativa, con exposición de las dificultades y errores observados, en contraste con los temas abordados previamente en el recorrido de los seminarios teóricos de la Asignatura Medicina Legal.

Finalmente, en la tercera etapa, se distribuirán las mismas encuestas que fueron completadas en la etapa inicial. En forma complementaria y paralela cronológicamente, en concordancia con el espíritu constructivista y colaborativo del diseño de la actividad de intervención propuesta, el docente responsable llevará a cabo entrevistas con un representante de cada grupo de estudiantes que participaron en la materia electiva. El propósito principal de esta instancia es explorar si los alumnos percibieron un cambio significativo en los conceptos adquiridos y evaluar si dicho cambio contribuirá a abordar la práctica profesional médica desde una perspectiva integradora que combine los enfoques asistencial y médico-legal. De este modo, se busca generar una valiosa retroalimentación positiva en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Además, se podrá de esta manera analizar qué impacto y que resultados pedagógicos se habrán logrado, identificar cuáles habrán sido las falencias y/o falta de conocimiento que en los alumnos se habrán observado y, subsidiariamente, detectar posibles aspectos a mejorar en el cursado de la asignatura Medicina Legal y también en la misma práctica de la actividad de intervención propuesta, a los fines de conocer sobre la viabilidad y utilidad de replicar la experiencia en los sucesivos ciclos lectivos.

## 2. Planteo del Problema

Es bien sabido que la actividad sanitaria se ha erigido en una gran protagonista de la sociedad moderna. En este contexto, la labor médica ha tomado vital importancia debido no solamente a los constantes y crecientes avances científicos en esta área, sino también porque la sociedad en conjunto aumenta la expectativa en la correcta aplicación de dichos nuevos conocimientos y avances en aras de solucionar problemáticas de salud cada vez más complejas.

Esto conlleva a que "la intervención judicial por mala praxis sea cada vez más común, ya que las demandas y denuncias han aumentado progresivamente en los últimos años" (Hava-García, 2001, p. 11).

En este sentido, es bien conocido en el mundo de la Medicina el lugar cada vez más relevante que ocupa la cuestión de la mala praxis médica. 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, encontramos 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 (Hernández-Gil, 2008).

> En efecto, actualmente la salud no se considera una suerte, sino un derecho, y al médico se le contempla como un técnico y no como un mago, su imagen ha sido deteriorada y, en consecuencia, su credibilidad. Se ha pasado de la antigua "sacralización" del médico a sentarlo en el banquillo de los acusados, a veces como cabeza de turco frente a la frustración de lo que no se puede solucionar, concretamente la enfermedad y la muerte. (Galván-Sáez, 1997, p. 12)
>
> El hecho real es que progresivamente aumenta la crítica al quehacer médico y asimismo, la frecuencia y exigencias de las reclamaciones por supuestas deficiencias en el mismo, y se va imponiendo una judicialización creciente del ejercicio de la actividad sanitaria. (Hernández-Gil, 2002, p. 19)

En efecto, podemos ver que las demandas por responsabilidad médica se han incrementado notablemente. Los datos que surgen de los registros de empresas de seguros, del Observatorio de la Cátedra Libre de Derecho y Salud y del Observatorio de Bioética y Toma de

Decisiones de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), muestran que en Argentina este aumento fue del 20% en los últimos cinco años, mientras que los montos de las condenas aumentaron más del 500% (Canonico, 2023). De igual forma, el mismo fenómeno tiene lugar en países desarrollados, que a partir de mediados de los años setenta experimentaron una espectacular alza de precios de las primas de los seguros de responsabilidad médica, coincidiendo con un importante aumento de la frecuencia de las demandas (Arimani-Manso, 2007).

Dentro de las razones por las que las demandas por responsabilidad profesional médica se han incrementado se encuentran el progreso de la ciencia médica, que posibilita el tratamiento o la cura de enfermedades otrora incurables con el consiguiente aumento de la actividad médica; el cambio en la relación médico-paciente, con una notoria pérdida de confianza hacia los galenos; el incremento de normas deontológicas; y el exceso de perfeccionamiento o especialización, que conllevan frecuentemente a la observación y evaluación a veces excesivamente parcializada del paciente. En forma concausal, también podríamos mencionar a la divulgación irresponsable, falaz, triunfalista o mal intencionada que algunos medios de comunicación e internet hacen de temas de carácter médico que, además, frecuentemente son transmitidos, analizados e incorporados por personas totalmente carentes de conocimientos en la materia. Esto a su vez provoca que en cierta manera la población general adquiera el concepto de que la curación, en sí misma, es un derecho, pretendiendo transformar la obligación natural de medios que tienen los profesionales médicos a una de resultados, incompatibles con el desempeño y desarrollo de un área de conocimiento cuyo margen de certeza científica no excede a la de otras ciencias biológicas.

De todas maneras, sin perjuicio de todas las consideraciones desarrolladas previamente, no debemos perder de vista que, sea cual fuere la causa última que permita ensayar una explicación o conocer la etiología u origen de la cuestión planteada en los párrafos anteriores, en esencia, esta situación ha creado una fuerte sensación de malestar e incertidumbre en la comunidad médica.

## 3. Justificación y Factibilidad

En el análisis y evaluación de las principales causas de demandas por responsabilidad médica, se podría inferir que la falta o inadecuada información al paciente ocupa un lugar preponderante, originando como consecuencia un deterioro en la relación médico-paciente. En forma clásica, se ha enseñado en la Facultad de Medicina que el mantenimiento de una información continua y puntual de todo aquello que va aconteciendo a lo largo del proceso clínico (impresión diagnóstica inicial, pruebas complementarias utilizadas en el diagnóstico con posibles riesgos o efectos secundarios, enfoque terapéutico, complicaciones, etc.) deriva en una relación médico paciente fluida y evitaría un gran número de denuncias. Este concepto coincide con un estudio publicado en la revista Lancet que ponía de manifiesto que de lo que se quejaba la mayoría de los pacientes que llevaban a los tribunales a sus médicos en el Reino Unido no tenía tanto que ver con las consecuencias de lo que consideraban un error médico como con el comportamiento poco humano o amable de los galenos a la hora de atenderles o comunicarle cuestiones referidas a su tratamiento (Revelles y Colomer, 2002). En el mismo sentido, De Corral (2021), señala que la atención empática no solo tiene beneficios para los pacientes, sino también para los profesionales y para el sistema de salud. Agrega, además, que existen evidencias de que este médico empático no solo genera más satisfacción en los pacientes, sino que además disminuye el riesgo de recibir reclamaciones judiciales por responsabilidad médica en su contra.

En este sentido, en un trabajo previo del autor de esta propuesta de intervención docente sobre la responsabilidad médica en el ámbito hospitalario, acerca del uso, confección y conocimientos sobre la documental médica, en general, y la historia clínica, en particular, de una muestra total de 40 médicos especialistas o residentes, solo un 55% de los primeros y 45% de los segundos han respondido que completaban las historias clínicas en forma completa (Abud, 2015), justificando el insuficiente cumplimiento de los deberes profesionales a la falta de tiempo y excesivas exigencias.

Por otro lado, el incumplimiento o falta de observancia de protocolos reconocidos y la realización incompleta e inadecuada de la documental médica (especialmente historias clínicas) serían otros causales bien conocidos que podrían derivar en la presentación de demandas o la resolución judicial desfavorable para los profesionales.

Si bien pareciera conocerse por parte de los estudiantes y de sus tutores acerca de la importancia del adecuado manejo de la documental médica, frecuentemente se admite por parte de los mismos que en la práctica diaria el cumplimiento y apego por las reglamentaciones pertinentes, existentes en la materia (por ejemplo, la Ley de Derecho del Paciente), no es

óptimo. Diversos motivos han sido clásicamente alegados para justificar este incumplimiento, entre los que se destaca la falta de tiempo y el exceso en las exigencias.

En este sentido, no existiría la concientización sobre la importancia de desarrollar y formarse en saberes relacionados con la práctica profesional segura basada en el conocimiento de la responsabilidad médica por parte de los estudiantes de Medicina y sus tutores, lo que contribuye a que los profesionales se encuentren más expuestos a incurrir en una praxis médica con menor observancia de aspectos bioéticos y a sufrir demandas por parte de sus pacientes.

La reflexión que surge es que, si bien el plan actual de la Carrera de Ciencias Médicas, en su conjunto, se ha modificado en aras de lograr la adquisición de saberes y competencias menos fragmentadas y con una orientación de los mismos más holística e integral en los aspectos bio-psico-social, hacia el interior de la particularidad del dictado de la Asignatura Medicina Legal estos conocimientos continúan dictándose en una forma de compartimientos estancos, abstractos y teóricos. Esto deriva en la dificultad frecuente que tienen los estudiantes de incorporar y utilizar estos saberes a una práctica médica real y concreta más segura y con más apego a los lineamientos básicos de la Lex Artis. Es así que, por ejemplo, se les enseña a los estudiantes que el certificado médico es de suscripción obligatoria a petición del paciente, pero frecuentemente nos encontramos en la práctica médica diaria con profesionales que trabajan en empresas de consultas domiciliarias o en guardias de instituciones de salud, donde se le comunica al paciente que requiere una atención que no se le "puede hacer un certificado médico y que para ello debe concurrir a su médico habitual". O bien, pese a enseñar que la historia clínica debe ser completa, ordenada, clara y en orden cronológico, nos encontramos con innumerables reclamos civiles o penales en cuestiones de responsabilidad médica en los cuales las historias clínicas son las pruebas fundamentales aportadas por los reclamantes y estas se encuentran incompletas y pueden interpretarse de forma muy dificultosa por la falta de cronología adecuada o a una grafía no comprensible.

Más aún, como se ha comentado previamente, en forma frecuente los docentes de Medicina Legal tomamos conocimiento por medio de nuestros alumnos que los propios instructores de grado, en años avanzados, invitan a los estudiantes a ejercer una práctica que no se ajusta a una correcta Lex Artis.

Por todo ello, en una sucinta síntesis de la relevancia que permite justificar la intervención que se desarrollará luego, la pretensión de este trabajo se orienta a lograr que los estudiantes alcancen una suerte de conclusión, afirmación e integración teórico-práctica del tema tratado durante el cursado. Desde otra perspectiva, en esencia, la actividad de intervención supone

poner en práctica el gran desafío de la enseñanza: la aplicación de la teoría en la práctica, en la acción, integrando ambas. Una práctica simulada, tan en boga en la formación médica en la actualidad.

Finalmente, el empleo de técnicas cuantitativas desarrolladas permite en forma eficiente y rápida recabar los datos necesarios para la primera etapa del trabajo, consistente en indagar el conocimiento que estudiantes de Medicina y sus tutores tienen respecto al tópico en cuestión. Por tanto, los sujetos de estudio son, por un lado, alumnos de la carrera de Ciencias Médicas que tienen un paso previo por la Cátedra de Medicina Legal, y, por otro lado, tutores de grado, con los cuales se tiene contacto por desempeñarse laboralmente el autor del presente trabajo en la misma institución educativa. Una vez recabada y analizada esta información, la propuesta de intervención se orientará al dictado de talleres, cuyas actividades estarán relacionadas con los temas de responsabilidad médico legal, proveyéndose a los participantes material de estudio (historias clínicas y certificados médicos), confeccionados de forma tal que se permita asegurar la confidencialidad de los datos y el resguardo del secreto profesional.

Estos talleres, organizados como materia electiva, se articularán en forma de encuentros semanales en los cuales los participantes, distribuidos en grupos de cuatro o cinco alumnos, deberán resolver las situaciones problemáticas planteadas y/o deberán encontrar los errores, déficits u omisiones en la confección de la documental médica distribuida como ejemplo. Finalmente, al finalizar el encuentro, el docente a cargo promoverá la discusión de los casos en forma grupal y colaborativa, con exposición de las dificultades y errores observados.

# 4. Objetivos

## 4.1 Objetivo General

- Diseñar una intervención educativa en torno a los aspectos médicos legales de la responsabilidad médica, basada en la investigación previa del conocimiento que estudiantes de Medicina de una universidad del sur de la Provincia de Santa Fe y sus tutores de grado tienen sobre el tema.

## 4.2 Objetivos Específicos

- Describir el conocimiento que estudiantes de Medicina y tutores de grado poseen sobre los aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica.
- Analizar la importancia que le atribuyen los estudiantes de Medicina y sus tutores de grado al cumplimiento, atención y observancia de aspectos médico-legales fundamentales como el manejo y confección adecuadas de las historias clínicas, certificados médicos y consentimientos informados.
- Diseñar una intervención docente bajo el desarrollo de talleres de discusión y resolución de situaciones problemáticas de la práctica Médico Legal.

## 5. Hipótesis

Existe un desconocimiento significativo de aspectos básicos de la responsabilidad médica y de su importancia por parte de los estudiantes de Medicina y sus tutores de grado.

## 6. Antecedentes – Estado del Arte

Sin pretender otorgarle un carácter taxativo, no hay duda de que la relación médico-paciente, la Lex Artis, la historia clínica y el consentimiento informado son aspectos críticos de la mayor importancia práctica. El concepto de aspectos críticos en responsabilidad médica, se refiere a "un conjunto de categorías relacionadas con el acto médico, estrechamente vinculadas entre sí, cuya falla estimula la formulación de reclamos y demandas judiciales, independientemente de resultar o no justificados" (Rodríguez-Almada, 2001, p. 18).

En la formación de los futuros profesionales de la salud, la enseñanza de aspectos deontológicos y de tópicos relacionados con la responsabilidad médica debería constituir un rol central. Estos saberes involucran aspectos éticos, legales y administrativos que buscan proteger los derechos del paciente y garantizar la calidad de la atención médica. No obstante, contrario a ello, diversas investigaciones indican que los estudiantes de Medicina transitan y culminan su formación básica con escasos y limitados conocimientos en este ámbito, lo que subraya la necesidad de investigar sobre su instrucción previa y cómo esta impacta en su aprendizaje.

Conforme lo recomendado por la Asociación Médica Mundial (AMM), la ética médica debe ser un requisito dentro de los planes de estudio de grado de Medicina. En el mismo sentido, la Federación Mundial de Educación Médica (WFME) propone estándares globales para las diferentes etapas de formación profesional médica, que van desde el grado hasta los posgrados, incluyendo el desarrollo profesional continuo (Narvaiza-Amengual, 2024).

En un estudio realizado en Salvador de Bahía, Brasil, en el que se presentaron siete casos hipotéticos que abordaban cuestiones pertinentes a la ética médica y a la práctica profesional, para resueltos por los estudiantes participantes, un porcentaje significativo de los alumnos avanzados de la carrera declararon que no habían leído las normativas locales deontológicas vigentes, lo que demostraba, a criterio de los autores del trabajo, cierta falta de interés. Los mismos han reflexionado con respecto a que el resultado era preocupante porque estos estudiantes estaban a punto de entrar en el mercado laboral sin leer el instrumento normativo de su profesión (Santana-Barbosa, Da Silva y Branco-Cerqueira-Neves, 2020).

Al mismo tiempo, la literatura específica parece mostrar que la enseñanza de la ética y la responsabilidad médica ha evolucionado hacia un enfoque más estructurado. Y si bien las asignaturas específicas en ética médica y bioética han ganado terreno en el diseño curricular de pregrado, es menester remarcar que no siempre estos conocimientos logran integrarse en la práctica clínica, por lo cual esta integración adecuada debería constituir una meta y un

desafío pedagógico. En este sentido, en el marco de la primera mesa redonda del IX Congreso de Ética y Deontología Médica, celebrada en octubre de 2024, la Dra. María Felicidad Rodríguez Sánchez, vocal de la Comisión de Ética y Deontología Médica de la Organización Mundial de la Salud, expresó que existe una necesidad de llevar a cabo "una reflexión por parte de las facultades para que todos los estudiantes adquieran unos conocimientos en Ética y Deontología y que esta se refleje en todas las materias del grado, y no solo en las dedicadas a este ámbito" (Narvaiza Amengual, 2024).

En otra investigación, los autores Cedillo, Díaz-Moreno, Gradis-Santos y Matamoros-Zelaya (2020), han concluido que "el nivel de conocimiento de los médicos, indistintamente de su formación académica, edad, sexo o centro donde labora, se ubica en un nivel entre insuficiente y aceptable" y que el ámbito que mostró un menor índice de respuestas correctas fue el legal, con un nivel de conocimiento hallado deficiente. Los mismos autores han comentado que, en un estudio realizado en Australia sobre el mismo tópico, que contemplaba además una exploración por las experiencias pasadas de los galenos en su ciclo de formación, se halló que los encuestados poseían una comprensión muy inadecuada de las normativas legales vigentes y que los estándares legales relevantes habían tenido un impacto reducido en su práctica clínica. Es así que los mencionados autores han destacado la existencia de una urgente necesidad de desarrollar programas de educación jurídica para los profesionales médicos generales (p. 4).

Ahora bien, en nuestra realidad local, la formación en responsabilidad médica está condicionada por factores institucionales y culturales. Aunque existen iniciativas para integrar temas de responsabilidad en los programas de estudio, aún no se dispone de un análisis detallado sobre los conocimientos previos específicos de nuestros alumnos, lo que refuerza la pertinencia del presente trabajo.

Parafraseando a los ya mencionados Cedillo, Díaz-Moreno, Santos, Matamoros-Zelaya y Mireya (2020), las investigaciones llevadas a cabo sobre el tópico se enfocan lógicamente en los profesionales ya titulados, sin incluir a los alumnos en formación. Nos parece imposible de soslayar, en este contexto del incremento de la litigiosidad en lo referente a cuestiones de responsabilidad médica, ya analizado estadísticamente en forma previa, la existencia de una necesidad creciente de que el estudiante de Ciencias Médicas sea formado sólidamente por sus tutores de grado en lo referente a los aspectos médico legales y deontológicos, con el objetivo de posibilitar, tal vez, que la incidencia de demandas por responsabilidad profesional no los afecte, particular o globalmente como colectivo profesional, en su práctica

profesional futura. Sin perjuicio de ello, subsidiariamente, esta mejor formación deontológica podría contribuir a garantizar el respeto por los derechos de los pacientes, de su autonomía y de los principios inalienables de la bioética.

# 7. Marco Referencial

## 7.1 Las Universidades y la Enseñanza de la Medicina Legal

Primeramente, con el objetivo de comprender el medio educativo en el cual se desarrollará la propuesta de investigación e intervención docente, comenzaremos por describir y conocer la institución universitaria en sí y la presencia de la Cátedra de Medicina Legal dentro de la misma.

En la facultad de Ciencias Médicas donde se desarrolla la presente investigación, se dictan las Carreras de Ciencias Médicas, Enfermería y Fonoaudiología. En forma general, podríamos decir que la institución está orientada a la formación de grado y postgrado y al desarrollo integral de los profesionales de las Ciencias Médicas, satisfaciendo así la necesidad social de formar a los futuros médicos y auxiliares de la Medicina.

Desde una perspectiva histórica, si bien el término "universidad" deriva del vocablo latino universitas, dado su pretendido "carácter de totalidad", no es sino hasta el siglo XI en el que podemos encontrar el origen de las universidades modernas, a partir del renacimiento intelectual, aunque entonces su denominación era "studium generale". De esta manera, los términos studium generale y universitas compitieron entre si hasta finales de la Edad Media.

Una característica de esas incipientes instituciones educativas ha sido la búsqueda de su autonomía y autogobierno, para lo cual elegían, como representantes, a decanos, regentes o rectores, lo que las enfrentaba con las autoridades locales, teniendo en esta lucha a la Iglesia como aliada. Precisamente, en sus principios, era frecuente que los profesores y estudiantes fueran clérigos y que la educación se impartiera en latín (Chuaqui, 2002).

Lo que hoy conocemos como universidad moderna ha sido indudablemente el producto de transformaciones conceptuales, académicas y sociales, cuyas manifestaciones más recientes han ocurrido probablemente a partir del siglo XIX, teniendo estos cambios, como epicentro, a Francia y Prusia fundamentalmente. Pero sin lugar a dudas, las características universitarias que podemos hoy reconocer, con rasgos de universalidad, autonomía y libre acceso, se han acuñado en una época más reciente, que podría situarse en la primera mitad del siglo pasado (Mercado-Ramírez, 2015).

En este proceso de cambios y modificaciones sustanciales, las Ciencias Médicas no han permanecido ajenas, dado que su esfera de estudio -el ser humano- no es un mero objeto de investigación sino fundamentalmente un sujeto activo que motoriza los cambios y transformaciones mencionadas. Y es en ese proceso que en particular la Medicina Legal adquiere un rol fundamental, porque logra conjugar e integrar los saberes médicos más diversos (derivados de ciencias como la toxicología, anatomía patológica, tanatología, traumatología,

psiquiatría, deontología médica, etc.) con otros conocimientos ajenos a las Ciencias Médicas, especialmente aquellos que tienen origen en la esfera jurídica. Integración que posibilitaría la resolución de situaciones complejas que, de otra manera, con conocimientos disgregados y atomizados, no tendrían probablemente solución.

En palabras de Hernández-Ordóñez (2014):

> Desde sus inicios la medicina tuvo como principal objetivo curar las enfermedades que afectaban al hombre, aunque muy rápido se comprendió que independientemente del propósito médico-clínico de esta ciencia, habían nuevas inquietudes y necesidades que exigían a la sociedad médica sus conocimientos para resolver y esclarecer hechos de distintas categorías, esto provocó la formulación de leyes y normas para la correcta aplicación de las ciencias médicas en beneficio de las autoridades y los gobiernos en general. (p. 1.)

Con respecto a nuestro país, la enseñanza de la Medicina Legal como disciplina ha superado los 100 años de vida. En este sentido, según el Anexo I del Plan de Estudios y Reglamento de la Carrera de Postgrado de Especialización de Medicina Legal de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, la Universidad Nacional de Buenos Aires ha sido la pionera, a partir de 1920, siguiéndole la Universidad Nacional de Rosario que ha impartido la enseñanza de la asignatura a partir de 1938.

### 7.2 La Medicina Legal: sus Definiciones, Alcances e Incumbencias

¿Pero qué es la Medicina Legal? El término apareció por primera vez en Francia, entre los finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX. Diversos tratadistas han intentado definir y determinar los límites de su incumbencia y alcance. El Dr. William J. Curran, profesor de Medicina legal en Harvard, la definió en 1975 “como las áreas de especialidad de la Medicina que se ocupan de las relaciones con el derecho sustantivo y con las instituciones jurídicas” (García-Garduza, 2014). En América Latina, podemos citar a los médicos mexicanos Dr. Luis Hidalgo y Carpio y Dr. José Torres Torija, que definieron a esta asignatura como “el conjunto de conocimientos en Medicina y ciencias accesorias indispensables para ilustrar a los jueces en la aplicación o en la formulación de algunas de las leyes” y como “la aplicación de las ciencias médicas a la ilustración de los hechos investigados por la justicia”,

respectivamente (García-Garduza, 2014). Nerio Rojas, médico argentino especialista en Psiquiatría y Medicina Legal, quien fuera Profesor Titular de la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad Nacional de Buenos Aires entre 1924 a 1946, la ha definido como "una ciencia que sirve de unión a la Medicina con el Derecho y, recíprocamente, aplica a una y otro las luces de los conocimientos médicos y jurídico" (Patitó, 2003, p. 2). Por nuestra parte, podríamos adherir a una definición integradora, considerándola como "la disciplina o especialidad médica que encuadrada en las normas jurídicas vigentes, con métodos, técnicas y procedimientos específicos, trata de dar respuesta a las cuestiones de naturaleza médica que se plantean en el ámbito del Derecho" (Patitó, 2003, p. 2).

Desde otra perspectiva, en todo ese devenir histórico, frecuentemente al médico legista se le endilgó, erróneamente, el transitar por un mundo ajeno a los criterios científicos médicos, identificándoselo meramente como una figura u operador de autoridad propia del mundo jurídico. Nos parece importante enfatizar que la Medicina Legal es una especialidad Médica, que no es un desprendimiento del mundo del Derecho o de las Ciencias Sociales y que quien la ejerce debe estar primeramente recibido de médico. De la misma forma, tampoco se trata de Medicina asistencial porque su objetivo no radica en atender a pacientes enfermos o aplicar terapéuticas. Sin embargo, cumple con todas las características de la función científica médica porque su funcionamiento es regido por las reglas de la observación, de la formulación de hipótesis y de las eventuales conclusiones a las que pudieran arribarse.

### 7.3 La Estructura de la Enseñanza de la Medicina Legal dentro de las Cs. Médicas

Descripto ya el contexto institucional y académico, a los fines de comprender y fundamentar las decisiones teóricas pedagógicas asumidas y relatadas previamente, no podemos dejar de analizar cómo se estructura tradicionalmente la enseñanza de la Carrera de Ciencias Médicas en general y de la Medicina Legal en particular. En este sentido, podemos sostener que, si bien se ha intentado con frecuencia implementar actividades educativas innovadoras y probablemente atractivas para los estudiantes, en esencia la propuesta académica de los seminarios y teóricos está basada en un tradicional enfoque conductista, bastante habitual, tradicional y característico de la enseñanza de las Ciencias Médicas, en la cual el profesor a cargo diserta inicialmente sobre el tema previsto del día, con un rol del alumno poco participativo, más allá de las obvias preguntas que el estudiante realiza en virtud de las dudas que surgen sobre la temática desarrollada. El docente presenta y expone sobre el tema, generalmente apoyado en el tradicional Power Point.

Esta metodología pedagógica concibe al individuo como una "tabula rasa" (diríamos "una página en blanco"), sin considerar en profundidad sus experiencias y conceptualizaciones previas (por más rudimentarias que fueran), donde la exposición y repetición de estímulos y contenidos impartidos por parte del docente desencadena respuestas esperables por parte del estudiante. Se presenta así una concepción del aprendizaje por asociación, memorística, mecanicista y por acumulación.

En efecto, Aristóteles, discípulo de Platón, considerado como el padre del asociacionismo, en contraposición a la concepción platónica de las "ideas innatas", postula lo que se denomina "tabula rasa", sosteniendo que todo conocimiento tiene como origen el exterior y se interioriza en las personas por medio de los sentidos, generándose en la mente imágenes, que a su vez se asocian entre sí, generando nuevos conocimientos. Es decir, se sostiene que en principio "no sabemos nada" y que todo conocimiento lo adquirimos por mecanismos asociativos a través de estímulos. Ya en el siglo XX, Watson, considerado como el padre del conductismo, resignifica los experimentos de Pavlov en animales sobre los reflejos condicionados, postulando que el aprendizaje se basa en la asociación entre estímulos y respuestas, que el aprendizaje está en función del entorno, que él mismo no es duradero y por lo tanto necesita reforzarse y que se adquiere por memoria, repetición, mecánica y respuesta a estímulos. En esta teoría conductista, claramente el alumno es un sujeto pasivo, "depositario" de un conocimiento que necesita ser impulsado por el ambiente.

Es más, perdura en el ambiente universitario cierta reminiscencia de aquella concepción "prusiana", de aquel modelo de estudiante tradicional, acrítico, responsable, aplicado, que no cuestiona, que no pregunta. De aquel alumno que memorizaba las páginas de un libro recomendado por el docente, que luego procedía a constatar, en la evaluación, la adquisición de este conocimiento teórico, en una suerte de exploración de la capacidad memorística y retentiva del educando. De aquel docente, que conformaba una relación totalmente asimétrica con el alumno, en donde el proceso de enseñanza-aprendizaje se impartía en forma totalmente vertical, sin posibilidad o cabida para el desarrollo y transmisión mutua y recíproca de saberes (Lifshitz, 2021).

Ahora bien, con respecto a la enseñanza de la Medicina Legal dentro de la Carrera de Ciencias Médicas, consideramos menester destacar que, como se mencionó supra, esta disciplina abarca temas muy diversos y diferentes entre sí como Psiquiatría Médico Legal, Toxicología, Medicina del Trabajo, Tanatología y Deontología médica, entre otros. Y si bien ciertos tópicos tanatológicos y forenses son fundamentales para la práctica médica general, como en el caso de intoxicación con drogas, defunciones o lesiones, es el conocimiento de

la deontología el que permitirá no solo llevar a cabo una práctica médica más segura y con mayor observancia en los lineamientos de la Lex Artis sino que también podrá permitir a los futuros egresados desenvolverse profesionalmente con mayor conocimiento en los derechos generales de los pacientes, colegas y auxiliares de la Medicina, no solo normados en leyes, decretos y reglamentos sino también inspirados en los principios bioéticos fundamentales (García-Garduza, 2014).

En un aspecto más específico, existe en el actual diseño curricular de las Carreras de Ciencias Médicas una tendencia a enseñar aspectos médico-legales de una forma más descentralizada, extendida y transversal, especialmente durante los últimos años de la carrera. Este sistema, en el que se retoman y profundizan conocimientos dados en forma anterior, abona a la idea de necesidad de "reforzamiento" en la adquisición del aprendizaje, característico también del conductismo. Por otra parte, los conceptos científicos y normativos expuestos, en particular aquellos relacionados con la tanatología y con la deontología, son específicos y requieren, tal vez, para su aprendizaje, de la habitual repetición mecánica y memorística. Por ejemplo, cuando se explica que los fenómenos cadavéricos inmediatos son la deshidratación, enfriamiento, rigidez y livideces, no habría una forma efectiva de recordarlo que no sea por la memoria y repetición.

Sin embargo, también coexisten en ello conocimientos previos adquiridos casi por "sabiduría popular", que los alumnos complementan luego con el conocimiento científico específico. En el mismo ejemplo brindado antes, el alumno sabe, como popularmente se conoce, que el cadáver se enfría y adquiere rigidez, y también comprende, por conocimientos previos de física, que el enfriamiento dependerá del gradiente de temperatura entre el cadáver y el medio ambiente que lo rodea. Es decir que, desde otra perspectiva, podríamos comprender que el aprendizaje de estos conocimientos puede concebirse y planificarse desde el enfoque constructivista, en el cual los alumnos en forma dinámica, según el pensamiento de Piaget, asimilan nuevos conocimientos, que se acomodan a los anteriores, integrando y amalgamándolos en la búsqueda de equilibrio.

En la misma línea de pensamiento, siguiendo los postulados de Ausubel, de 1980, en su Teoría del Aprendizaje Significativo, para aprender el estudiante debe lograr la creación de una suerte de red conceptual, a la cual adicionará nueva información, la que a su vez deberá ser relacionada con la que ya conoce y ha aprendido en forma previa. Es precisamente esta vinculación y relación entre nuevos y antiguos conocimientos adquiridos mediante el aprendizaje significativo lo que permitirá la transferencia de estos a la memoria de largo plazo. En otras palabras, y a diferencia de lo que ocurre con el aprendizaje memorístico, en el que

también se podrían adquirir nuevos conocimientos, pero no relacionarlos con los saberes previos, el elemento más importante en el aprendizaje significativo es entonces como la nueva información se integra en la estructura de conocimientos a lo largo del tiempo.

Al respecto, es oportuno señalar que:

> La palabra "conocimiento", en este caso, tiene una connotación muy general. Este término incluye todo aquello con lo que el individuo ha estado en contacto y se ha asimilado dentro de él, no solo conocimiento formal o académico. De esta manera, creencias, prejuicios, lógicas torcidas y piezas de información meramente atadas a la memoria por asociación y repetición, son tan importantes en el juego del aprendizaje como el conocimiento más puro y más estructurado que pudiéramos pensar. (Cerezo-Huerta, 2007, p. 4)

Por otro parte, con respecto a las instancias evaluativas, consideramos menester que los docentes comprendan la importancia de evaluar al alumno en su habilidad para resolver situaciones problemáticas, es decir que el estudiante sea evaluado en su capacidad de aplicar la teoría en la práctica, en la acción, integrando ambas. Una práctica simulada, tan en boga en la formación de los médicos en la actualidad

En términos generales, se ha sostenido que:

> Una de las razones de que se desarrolle en los alumnos una propensión hacia el aprendizaje repetitivo con relación a la materia potencialmente significativa, insiste en que aprenden, por triste experiencia, que las respuestas sustancialmente correctas que carecen de correspondencia literal con lo que les han enseñado no son válidas para algunos profesores. Otra de las razones consiste en qué por un nivel generalmente elevado de ansiedad, o por experiencias de fracasos crónicos en un tema dado, que reflejan, a su vez, escasa aptitud o enseñanza deficientemente, y de ahí que, aparte del aprendizaje por repetición, no encuentren ninguna otra alternativa que el pánico (Ausubel, 1980, p. 2).

Más allá de las instancias evaluativas, y en términos más generales, podríamos reflexionar

en esencia si esta forma de enseñar y aprender contribuirá a que nuestros alumnos sean profesionales competentes en su práctica futura. Siguiendo el pensamiento de Cerezo Huerta (2007), los paradigmas educativos han transitado frecuentemente un camino sinuoso entre los actores educativos, explicándose esta situación, en parte, en la existencia de posturas teóricas antagónicas en lo que respecta al campo pedagógico. A la educación escolar y universitaria tradicional parece intentar contraponérsele ciertas corrientes pedagógicas innovadoras, que intentan desarrollar nuevas formas de cosmovisión en el plano educativo y responder a la necesidad social de encontrar soluciones a nuevas problemáticas.

Entendemos que para que los estudiantes desarrollen en plenitud capacidades y habilidades que le permitan a futuro ser profesionales idóneos y capaces de resolver en la práctica los saberes teóricos adquiridos, deberán al menos: perseguir su propia meta de aprendizaje y revisarla en forma continua, es decir, tener la capacidad de decidir en forma autónoma, y ante una actividad indicada por el docente, qué es lo que deben aprender y cuál es el conocimiento útil y relevante en cada caso. También será preciso tener la habilidad de resolver situaciones problemáticas mediante el conocimiento adquirido, es decir, lograr la integración y la movilización del conocimiento, el saber en la acción; a su vez, conseguir que ese mismo conocimiento previo sea estímulo o incentivo que motorice la voluntad de adquirir nuevos saberes por sí mismos; alcanzar la habilidad de cooperar con otros pares, comprendiendo el carácter dinámico y colaborativo del buen aprendizaje. Finalmente, en forma ideal, alcanzar la meta de poder autoevaluar y autorregular el conocimiento que adquiere (Mateos & Pérez Echeverría, 2006).

Porque hemos comprendido mediante nuestra praxis docente de la importancia de la metodología pedagógica aplicada, dado que “no todas las formas de aprender son igualmente eficaces y también sabemos que las formas más eficaces son las menos intuitivas y más difíciles de adquirir. Por tanto, si queremos que los alumnos aprendan a aprender de una forma menos repetitiva y más compleja, necesitamos promover otras formas de enseñar, cuya meta sea no sólo enseñar la asignatura específica, sino también, y, sobre todo, enseñar a aprender esas materias” (Pozo et al, 2006, p. 37).

Ahora bien, conforme todo lo que se ha expresado hasta aquí, a modo de reflexión sobre la actividad de intervención planteada, este tipo de propuesta remite en parte a lo que llamaríamos aprendizaje cooperativo, aquel que, según Coll y Granel (1990), tiene lugar cuando agrupamos a los estudiantes en pequeños equipos, formados por integrantes con características heterogéneas, de manera que los miembros del equipo se potencien con la colaboración de los demás, intensificando la interacción dentro de cada grupo, entre los grupos y entre los

estudiantes con el profesor, lo que facilitaría que todos los alumnos aprendan más eficientemente y de manera colaborativa.

En este mismo sentido, Cerezo-Huerta (2007) parece haber sintetizado este pensamiento cuando ha expresado que "construimos nuestro propio conocimiento, pero no en esa libertad completa que la imagen casi publicitaria del constructivismo alguna vez conlleva. Construimos destruyendo, cambiando y acomodando aquellas estructuras de conocimiento que se nos han impuesto en nuestras actividades de aprendizaje" (p. 7).

Parafraseando a Knowles (1973), el objetivo parecería ser lograr el cambio "de profesor a facilitador de aprendizaje …, de un transmisor de contenidos a un director de un proceso y -sólo de forma secundaria- una fuente de contenidos" (p. 228).

Mediante la metodología expuesta, consideramos que se podría superar la fragmentación y la carencia de aplicación práctica de conocimientos teóricos aprendidos, transformando el rol exclusivo o excesivamente protagonista del docente en la clase magistral, en donde se imparten los saberes teóricos hacia un alumnado con escaso protagonismo, en un sujeto que fomente el aprendizaje de tipo colaborativo, participativo entre los alumnos, con orientación en el modelo constructivista, sin soslayar en ello la importancia del rol del docente como un moderador, un motivador de los estudiantes para que con mayor facilidad puedan construir sus conocimientos a partir de saberes previos, propios y de sus compañeros, y a partir del descubrimiento de las falencias y errores que sus futuros próximos colegas comenten en situaciones de práctica profesional real y cotidiana.

Por otro lado, nos podríamos preguntar: ¿es conveniente modificar una actividad pedagógica bien aceptada por los estudiantes? ¿Puede mejorarse la metodología académica empleada? ¿Es prudente modificar una metodología que aparentemente da buenos resultados y tiene aceptación?

Al respecto, Eggen y Kauchak (en Gonzáles y Flores, 1998) indican que las discusiones sobre la mejor manera de enseñar han absorbido las energías de los educadores desde el comienzo de la educación formal; tan es así que han existido diversas controversias y disputas al intentar responder esta pregunta.

El intento de modificar la mirada tradicional de la educación se remonta a centurias pasadas. Así, a finales del siglo XIX, pensadores como Rousseau, Pestalozzi, Tolstoi, Dewey, Montessori, entre otros, fueron precursores de una verdadera corriente pedagógica, que se dio a conocer como Escuela Nueva, que intentaba modificar los vicios de la educación tradicional: pasividad, intelectualismo, magistrocentrismo, superficialidad, enciclopedismo,

verbalismo (Cerezo, 2006). Por lo contrario, propendía a facilitar la búsqueda activa de conocimiento respetando la individualidad y el propio interés del alumno, estimulándolo a desarrollar su imaginación, creatividad y propia iniciativa.

La participación y rol activo del estudiante en el proceso de aprendizaje también es basamento central de otras teorías psicológicas con fuerte impacto en la educación. Así, autores como Lev Vygotski y Jean Piaget han defendido la corriente denominada constructivismo, modelo pedagógico que fundamenta la necesidad de brindarle a los estudiantes todas las herramientas necesarias para que pudiesen, por si mismos, construir su propio aprendizaje, el cual se adquiere mediante un proceso dinámico, con una actitud interactiva, central y participativa del alumno. De esta manera, todo sujeto es producto de una auto construcción dinámica y continua, aunque influenciada por el medio. En el pensamiento constructivista, la experiencia previa condiciona al conocimiento próximo a construir, que se desarrolla mediante dos procesos, según Piaget: la asimilación y la acomodación. Mencionaremos también que la teoría socio histórica, cuyo exponente más destacado ha sido el mencionado Lev Vygotski, sostiene la idea de que los individuos somos producto de la cultura y que internalizamos los conocimientos mediante un proceso de tipo social. Se entiende por tanto que el desarrollo individual siempre ve contextualizarse en un escenario sociocultural, porque todos los procesos mentales y funcionales intelectuales superiores tienen origen en procesos sociales.

Otro paradigma que claramente se opone al concepto de educando como sujeto pasivo es la denominada “Pedagogía de la Liberación”, que tiene como exponente a Paulo Freire, pensador brasileño que ha criticado la realidad educativa de su época y su medio, en la búsqueda de “concientizar al oprimido” a través de la educación.

Sostiene la firme oposición a lo que denomina precisamente “educación bancaria”, en la que el sujeto activo -educador- “deposita” los conocimientos en los educandos, que adquieren el conocimiento en forma pasiva. Esta teoría, en cambio, propone una situación de horizontalidad en la relación educador-alumno, como forma más eficiente para lograr que ambas partes expresen y compartan su cultura, su conocimiento, opiniones, creencias, y críticas en forma libre y auténtica.

Seguramente queda en nuestro recuerdo colectivo, en nuestra época de estudiantes universitarios, aquellas “clases magistrales” dictadas por profesores que, con gran erudición, disertaban durante una hora u hora y media, transmitiendo contenidos teóricos en un auditorio, anfiteatro o salón repleto de estudiantes, frecuentemente incómodos o hasta sentados en el suelo. Pero más allá de las circunstancias de forma, era bien sabido que tales prácticas se

repetían año tras año, casi sin modificaciones, con la rutina e invariabilidad de aquello que es dogma, que no varía ni se discute.

Pero en este contexto académico, ¿podemos considerar que el interés general del estudiante será similar en un lustro o década que en la próxima? ¿Eran nuestros intereses, en nuestras épocas de alumno, similares a los de los actuales estudiantes universitarios? La respuesta resulta más que obvia, y en esto precisamente se justifica la idea de continuar siendo innovadores, modificando la metodología pedagógica con el objetivo de ajustarse a los intereses y necesidades del alumno actual. En palabras de Cerezo-Huerta (2006), "no hay aprendizaje efectivo que no parta de alguna necesidad o interés del niño, ese interés debe ser considerado el punto de partida para la educación (p. 5)". Claro está, debo aclarar, en nuestro caso, podríamos leer a "niño" como estudiante o alumno, en particular estudiantes universitarios.

Y finalmente, en aras de analizar nuestro rol como docente en este proceso que pretende ser innovador en la enseñanza de la asignatura Medicina Legal, me parece oportuno culminar con una reflexión sobre lo arduo y complejo del proceso enseñanza-aprendizaje, simbolizando el mismo mediante una alegoría "bélica":

> El maestro tiene que humildemente tomar su lugar de sargento en la batalla del conocimiento y dejar vacío el lugar del general. Hombro con hombro hay que ir con los alumnos al campo de batalla y humildemente reconocer que el docente está expuesto a los mismos peligros que los alumnos en el campo del error, la diferencia es que, como todo sargento, simplemente ha peleado más batallas (Cerezo-Huerta, 2007, p. 7).

Será posiblemente este cambio en nuestra visión y actitud de docente el que posibilite no solo una mayor aceptación de los estudiantes a la asignatura, por despertar la misma interés per se, sino también la conquista de la tan deseada y mentada meta de la integración teórico práctica, el saber en la acción, el aprender reproduciendo situaciones de la vida profesional real, tan necesaria y requerida en la formación médica moderna.

# 8. Metodología

## 8.1 Etapa 1: Investigación

### *8.1.1 Muestra*

A los fines de posibilitar la intervención docente, se ha llevado adelante una primera etapa de diagnóstico, desarrollando, mediante técnicas cuantitativas, un estudio de tipo descriptivo y transversal en base a una encuesta aplicada a estudiantes avanzados de la Carrera de Ciencias Médicas de una universidad del sur de la Provincia de Santa Fe y a sus tutores de grado. Su finalidad es indagar el conocimiento que los mismos poseen sobre los aspectos de la responsabilidad médica. Esta etapa de diagnóstico, previa a la intervención, ha tenido una duración de 30 días y fue llevada a cabo durante el mes de agosto del 2024.

La elección de aquellos estudiantes que se encuentran en la etapa final de su carrera se fundamenta en que los mismos ya habrán pasado, al momento de su participación en la actividad de intervención planteada, por la Cátedra de Medicina Legal. Por esta razón, se espera así que tengan conocimientos y saberes básicos de la especialidad, especialmente en lo que concierne a la deontología y diceología médica.

El momento temporal para el desarrollo de la investigación, dentro del ciclo lectivo 2024, ha sido escogido en virtud de que precisamente, como se explica en el párrafo previo, los alumnos avanzados de la carrera han ya cursado la Asignatura Medicina Legal durante el primer semestre.

Con respecto a la inclusión de tutores de grado en la primera etapa de la investigación, se ha pensado como metodología que permita evaluar los alcances y cumplimiento de las metas de la futura intervención, toda vez que se espera que el conocimiento de estos tutores y de los alumnos avanzados sea en un primer momento similar entre sí y que luego, en el caso específico de los alumnos, a expensa de la metodología pedagógica a implementar, estos saberes se modifiquen y amplíen. En otras palabras, se busca que el análisis y comparación entre ambos grupos de sujetos que componen la muestra sirva de base para planificar con precisión la intervención a llevarse a cabo específicamente en el grupo de alumnos.

### *8.1.2 Técnica de Recolección de Datos*

A tal fin, se ha proporcionado una encuesta confeccionada en formulario preimpreso, que se ha distribuido a 20 estudiantes avanzados de la Carrera de Ciencias Médicas, que una vez finalizado el cursado semestral de la asignatura Medicina Legal, se han inscripto en los talleres que a modo de materia electiva se dictarán como parte de este proyecto de intervención. En paralelo, se ha hecho llegar la misma encuesta a 20 tutores de grado, por medio de

las secretarías de las asignaturas que se dictan en los últimos años de la carrera, invitando a los docentes a participar en la investigación. En todos los casos, las encuestas son voluntarias y anónimas, pero llevan un número de identificación aleatorio, determinado por los cuatro últimos dígitos del documento nacional de identidad, a los fines de que, con posterioridad, los resultados observados puedan cotejarse con los obtenidos en la última etapa de la evaluación (para el caso de los alumnos), del mismo encuestado, al finalizar toda la actividad académica.

La encuesta ha sido elaborada y administrada como cuestionario impreso (ver anexo 1) y cuenta con 20 preguntas de formato de opción múltiple o a completar.

### *8.1.3 Aspectos Éticos*

Conforme la Resolución 855/2009 del Consejo Superior de la Universidad Nacional de Rosario, la actividad de investigación propuesta se ajusta estrictamente a las pautas éticas de las normativas fijadas internacionalmente.

Se ha solicitado el consentimiento informado y por escrito de los participantes, a quienes se ha informado el objetivo de la indagación. Se les ha explicado que su participación es voluntaria y que les asiste el derecho de retirarse, si así lo desearan, sin que ello implicase perjuicio alguno.

Se les ha garantizado la confidencialidad y el anonimato, asegurándoseles que los datos recabados serán tratados con profesionalismo y solo a los fines de los objetivos declarados, sin perjuicio de que las cláusulas de confidencialidad deberán adecuarse a los fines establecidos por el Estatuto de la Universidad en cuanto a la democratización del conocimiento, respecto al resultado de investigaciones relevantes para la preservación de la salud o el bienestar de la población, conforme lo normado por el artículo 4 de la citada resolución.

### *8.1.4 Criterios de Selección de la Muestra*

Los criterios de selección de la muestra serán los siguientes:

-Criterios de inclusión: estudiantes avanzados de la Carrera de Ciencias Médicas, que hayan finalizado el cursado semestral de la asignatura Medicina Legal y que se inscriban en la materia electiva que se dictará como el presente proyecto de intervención; tutores de grado de la Carrera de Ciencias Médicas de una universidad del sur de la Provincia de Santa Fe.

-Criterios de exclusión: estudiantes avanzados de la Carrera de Ciencias Médicas de una universidad del sur de la Provincia de Santa Fe y tutores de grado que no deseen participar en la investigación.

-Criterios de eliminación: estudiantes avanzados de la Carrera de Ciencias Médicas de una universidad del sur de la Provincia de Santa Fe que se retiren antes de terminar la intervención educativa o estudiantes y tutores que realicen un llenado incompleto de la herramienta de recolección aplicada.

Se analizarán las siguientes variables:

- Edad.
- Sexo.
- Años de ejercicio de la profesión o años de carrera cursado.
- Sobre la práctica de la medicina, relación con los pacientes y responsabilidad médica:

-Dificultad en la relación médico-paciente.

-Trato que reciben de los pacientes.

-Relación con los demás miembros del equipo de salud.

-Motivo de errores en la práctica profesional (según la percepción de los profesionales).

-Percepción de los motivos de las demandas por responsabilidad médica.

-Influencia de las demandas en la práctica profesional médica (según la percepción de los profesionales).

-Acciones por parte de los profesionales para evitar demandas.

-Conocimiento sobre responsabilidad médica civil, penal y administrativa.

-Conocimiento sobre el tipo de cobertura y la importancia que le reconocen los profesionales al seguro de responsabilidad médica.

- Sobre el uso, confección y conocimientos generales acerca de la documental médica:

-Confección y formato de historia clínica.

-Confección de certificados médicos.

-Conocimientos sobre certificados médicos y uso del estampillado.

-Conocimientos y prácticas sobre consentimiento informado.

### *8.1.5 Técnica de Análisis de Datos*

Los datos obtenidos se han volcado en una base de datos de Microsoft Excel y se han tabulado para su presentación.

Para el análisis de los resultados, se ha utilizado el programa informático SPSS versión 22. Se han analizado los resultados de forma descriptiva e inferencial con la prueba de Chi cuadrada de Pearson, solo las agrupaciones con valores de $p < 0.05$ se han considerado estadísticamente significativas.

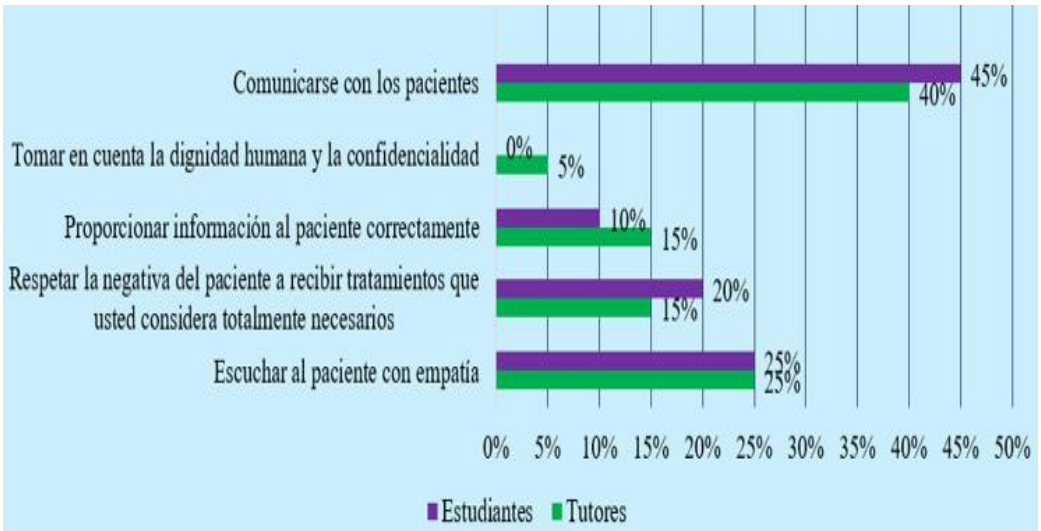
## 9. Resultados

Del total de la población estudiada (n = 40), el 50% corresponde a tutores de grado y el 50% a alumnos avanzados (quinto año y Práctica Final Obligatoria) de la Carrera de Ciencias Médicas de la Facultad de Ciencias Médicas de una universidad del sur de la Provincia de Santa Fe. En el grupo de tutores de grado, el promedio de años de ejercicio de la profesión es de 14.2 y el promedio de edad, de 44 años. Del grupo de estudiantes, el 50% se encuentran cursando el quinto año de la carrera y el 50% restante, la Práctica Final Obligatoria. El promedio de edad en este grupo es de 23.5 años.

***Sobre la práctica de la medicina, relación con los pacientes y responsabilidad médica.***

-Dificultades en la relación médico paciente.

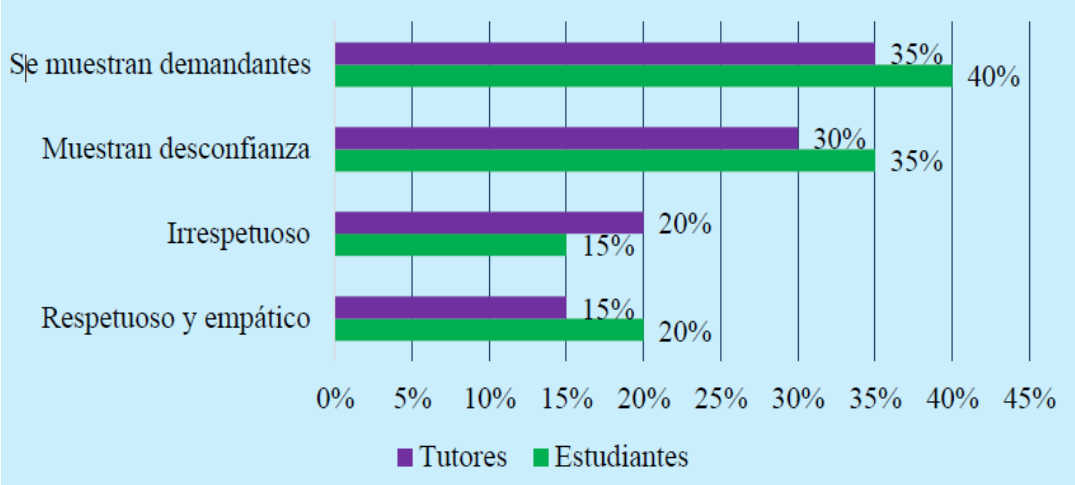
**Gráfico 1: distribución de las frecuencias relativas de lo más difícil en la relación médico-paciente en la población estudiada.**




Como se observa en el gráfico 1, ambos grupos coinciden en su gran mayoría que lo más difícil es comunicarse con los pacientes y escuchar al paciente con empatía.

-Trato que recibe de los pacientes:

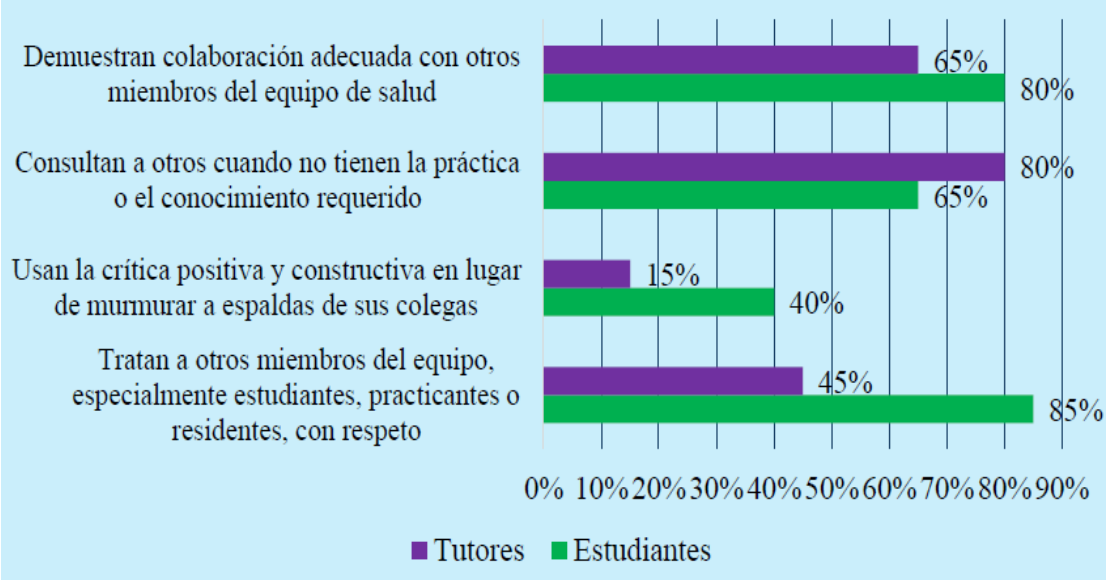
**Gráfico 2: distribución de las frecuencias relativas del trato que recibe de los pacientes la población estudiada.**




De acuerdo con lo observado en el gráfico 2, con respecto al trato que reciben por parte de los pacientes, ambos grupos afirman que estos se demuestran principalmente demandantes y en menor medida, muestran desconfianza.

-Relación con los miembros del equipo de salud.

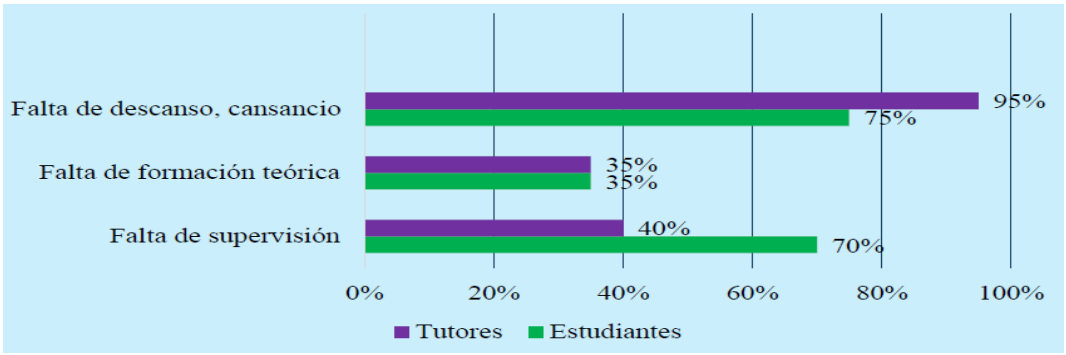
**Gráfico 3: distribución de las frecuencias relativas de la relación con los miembros del equipo de salud de la población estudiada.**




Se observa que los estudiantes destacan mayoritariamente la colaboración y el trato respetuoso con los otros integrantes del equipo de salud; mientras que los tutores de grado dicen consultar a otros cuando no tienen la práctica o el conocimiento requerido.

-Motivo de errores en la práctica profesional

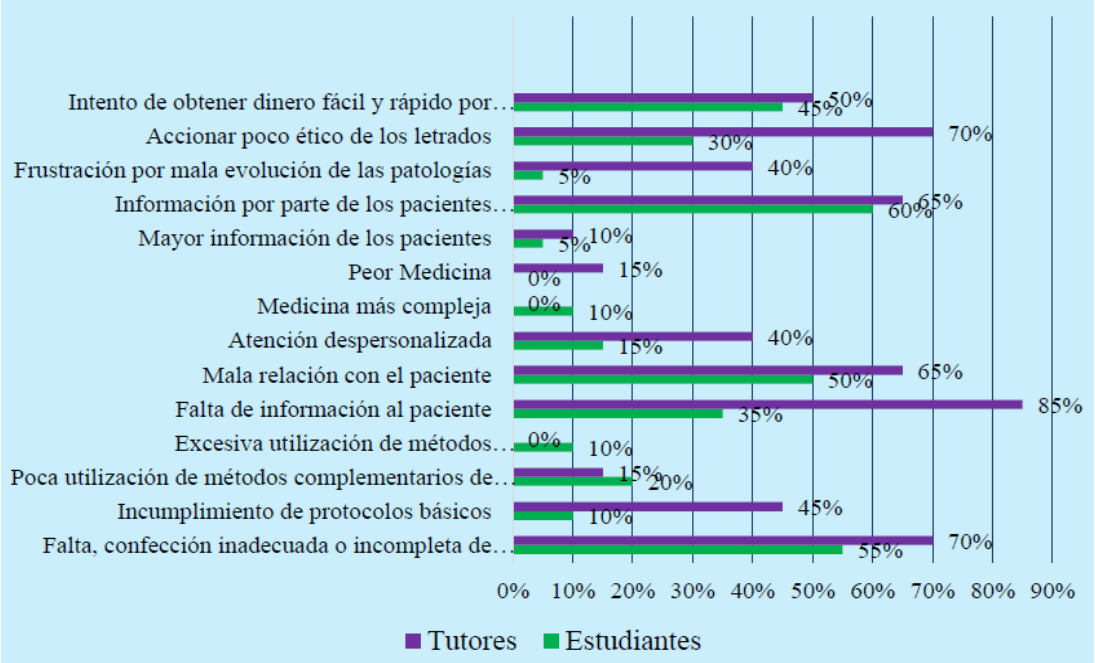
**Gráfico 4: distribución de las frecuencias relativas de los motivos de errores en la práctica profesional de la población estudiada.**




Ambos grupos consideran que la falta de descanso y el cansancio son las principales causales de error en la práctica profesional, siendo además relevante en el grupo de estudiantes que la falta de supervisión por parte de sus superiores, instructores o jefes también los expone a cometer errores.

-Contenidos y exigencias del trabajo.

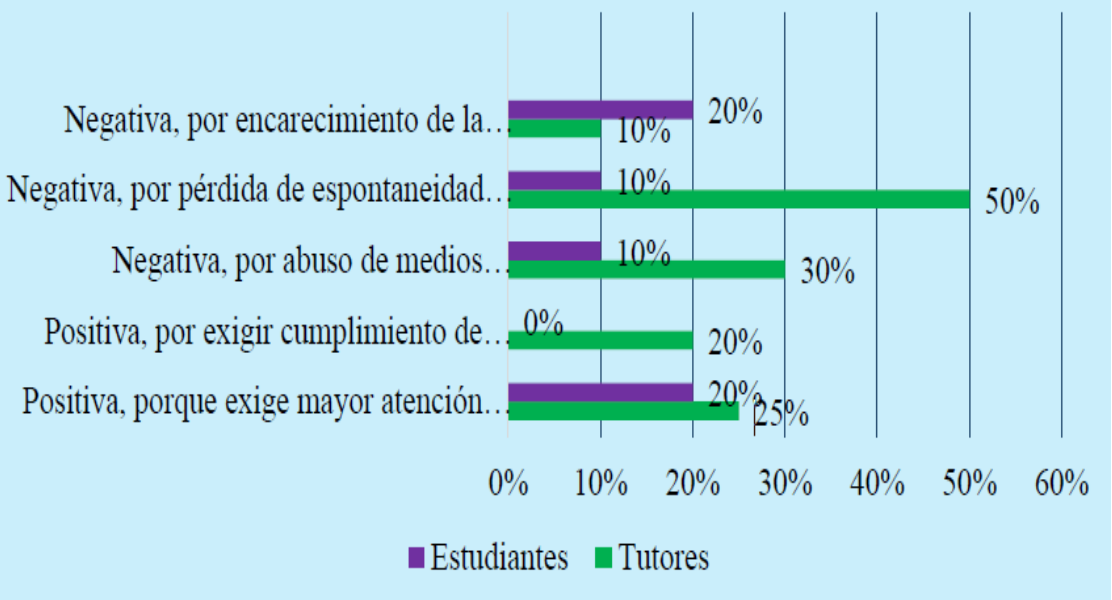
**Gráfico 5: distribución de las frecuencias relativas de la percepción de los motivos de relevancia en las demandas por responsabilidad médica en la población estudiada.**



Con referencia a los motivos de mayor relevancia en las demandas por responsabilidad médica, ambos grupos señalan como tal a la falta, confección inadecuada o incompleta de historias clínicas, a la falta de información al paciente, a la mala relación con el paciente, al accionar poco ético de los letrados y a la información por parte de los pacientes distorsionada y sesgada, brindada, por ejemplo, por medios masivos de comunicación.

-Influencia de las demandas en la práctica profesional.

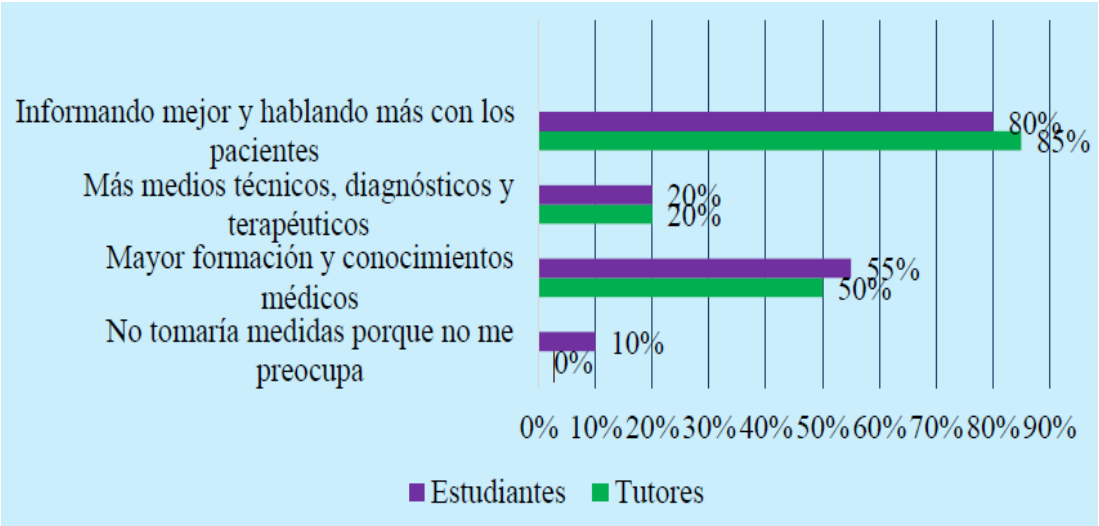
**Gráfico 6: distribución de las frecuencias relativas de la influencia de las demandas en la práctica profesional de la población estudiada**




Con referencia a la influencia de las demandas en la práctica profesional, el grupo de tutores destaca que esta influencia es negativa, por pérdida de espontaneidad en la toma de decisiones o porque genera abuso de medios complementarios; en tanto, los estudiantes destacan que la influencia es positiva porque exige mayor atención y cuidado y a la vez negativa, por encarecimiento de la Medicina.

-Acciones para evitar denuncias de mala praxis

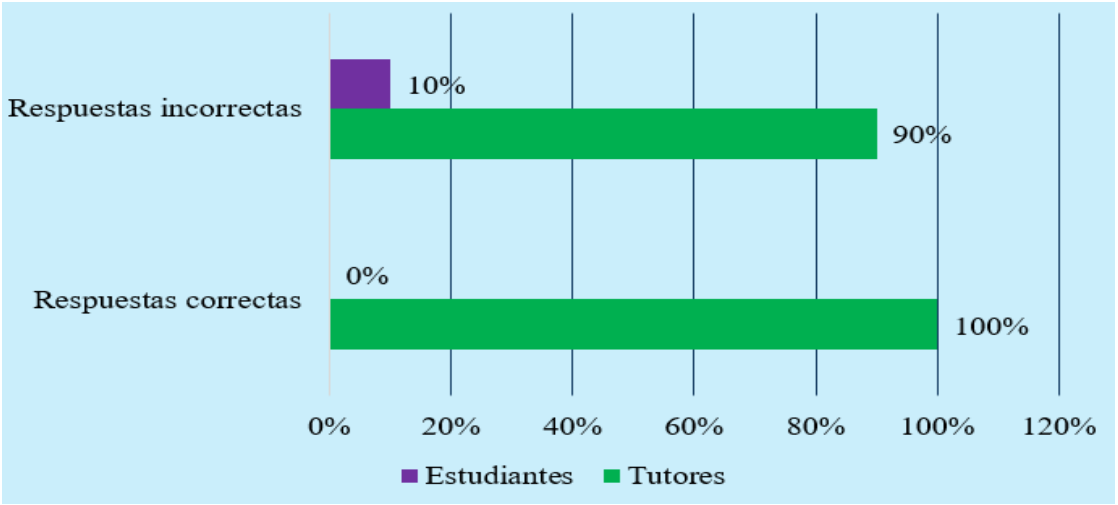
**Gráfico 7: distribución de las frecuencias relativas de acciones para evitar denuncias por mala praxis en la población estudiada**




Ambos grupos coinciden en que es importante informar mejor y hablar más con los pacientes, además de procurar una mayor formación y conocimientos médicos como acciones orientadas a evitar las denuncias de mala praxis.

-Conocimientos sobre responsabilidad médica.

**Gráfico 8: distribución de las frecuencias relativas de respuestas correctas e incorrectas en relación con preguntas sobre conocimiento sobre responsabilidad médica en la población estudiada.**

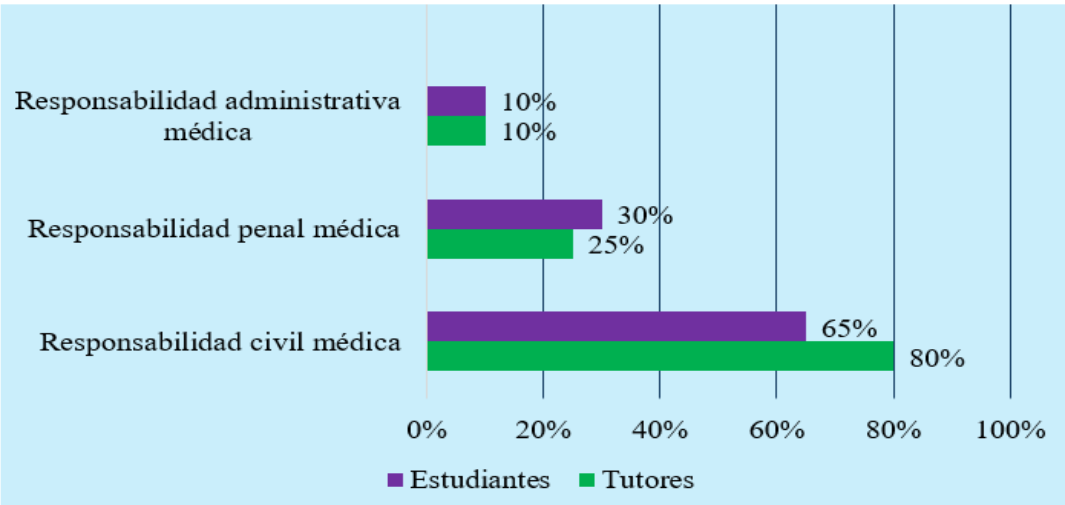



Al indagar (mediante respuestas de verdadero o falso) sobre el conocimiento acerca de aspectos de la responsabilidad médica en la población estudiada, preguntando si la responsabilidad civil médica implica la obligación de resarcir por los daños causados a la víctima,

si la responsabilidad penal médica es el sometimiento al poder de castigo del Estado (sanciones pecuniarias y privación de la libertad), si la responsabilidad administrativa médica es el sometimiento al poder sancionador de la administración en las situaciones previstas como sancionables administrativamente y si la responsabilidad administrativa médica se basa en que las administraciones públicas deben indemnizar cuando producen un daño en ocasión del funcionamiento normal o anormal del servicio público sanitario, la totalidad de los tutores y el 80% de los estudiantes respondieron correctamente. El 20% de estudiantes que respondieron en forma incorrecta, se equivocaron al marcar como verdadero que la responsabilidad administrativa médica se basa en el deber de las instituciones públicas de indemnizar al producirse un daño.

-Cobertura del seguro de responsabilidad médica.

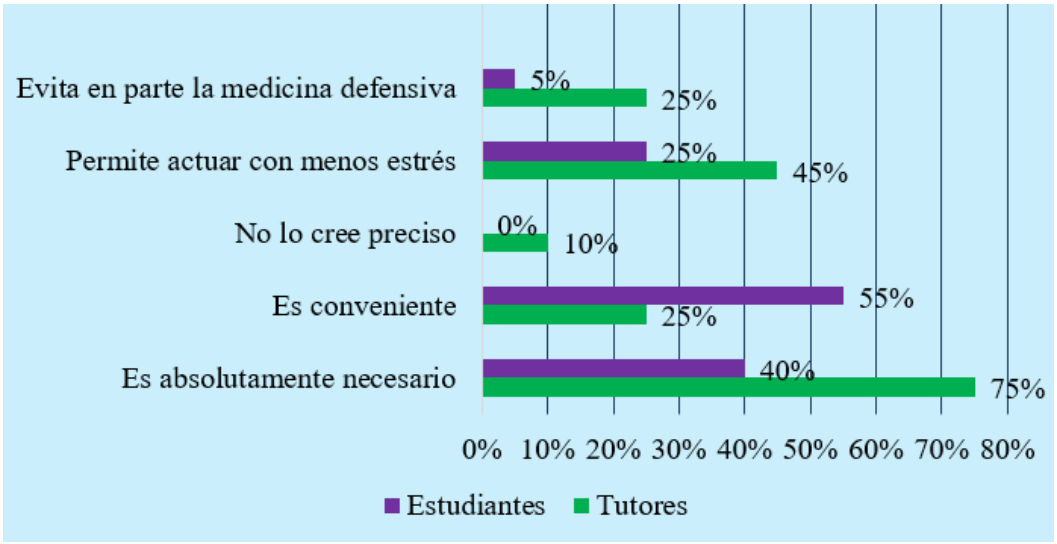
**Gráfico 9: distribución de las frecuencias relativas de los conocimientos sobre la cobertura del seguro de responsabilidad médica de la población estudiada.**




Ambos grupos manifiestan mayoritariamente que el seguro de responsabilidad médica cubre la responsabilidad civil.

-Importancia del seguro de responsabilidad médica.

**Gráfico 10: distribución de las frecuencias relativas de la importancia del seguro de responsabilidad médica para la población estudiada.**

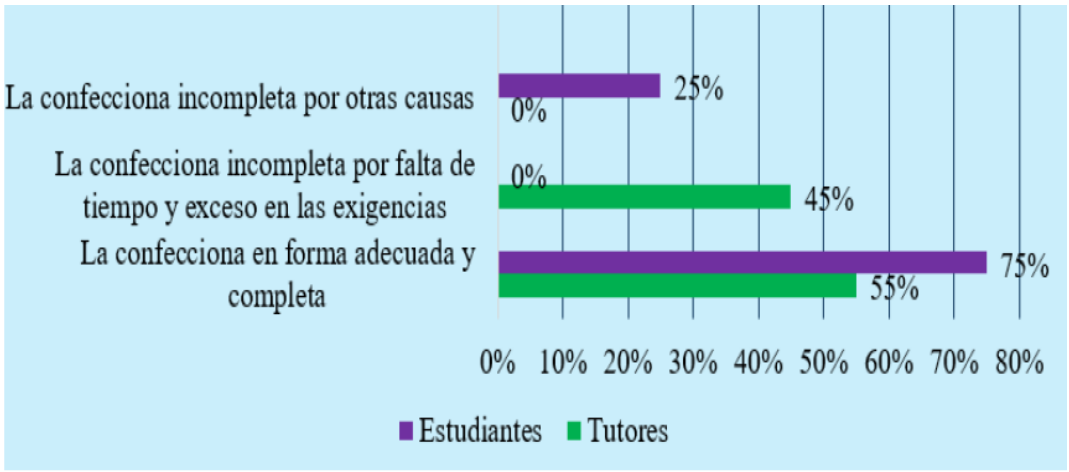



Con respecto a la importancia del seguro de responsabilidad médica, los tutores aseveran mayoritariamente que el mismo es absolutamente necesario, mientras que los estudiantes lo califican como conveniente.

***Sobre el uso, confección y conocimientos generales acerca de la documental médica.***

-Confección de la historia clínica.

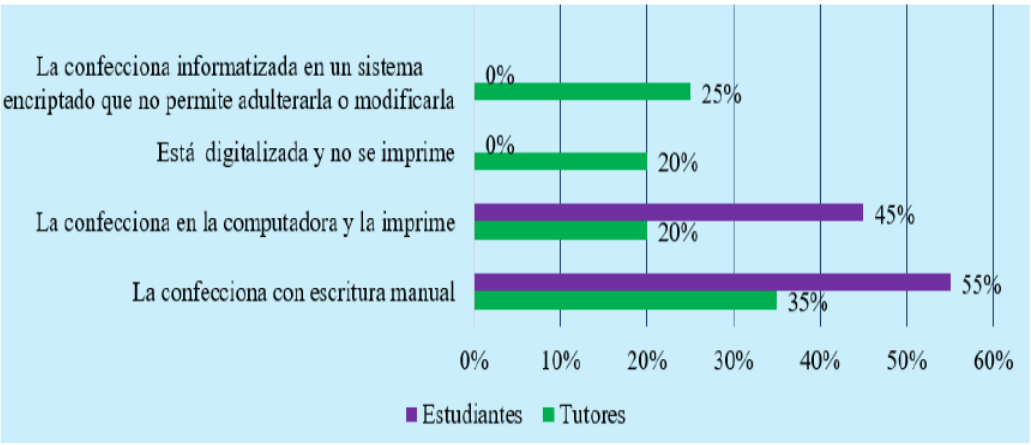
**Gráfico 11: distribución de las frecuencias relativas del modo en que se confecciona la historia clínica en la población estudiada.**




En ambos grupos, los participantes sostienen, en su mayoría, que confeccionan las historias clínicas en forma completa y adecuada; sin embargo, en el grupo de tutores, es significativa la proporción que sostiene que la confeccionan incompleta por falta de tiempo y exceso en las exigencias, mientras que un número menor de estudiantes afirman que la confección de la misma es incompleta por otras causas.

-Formato de la historia clínica

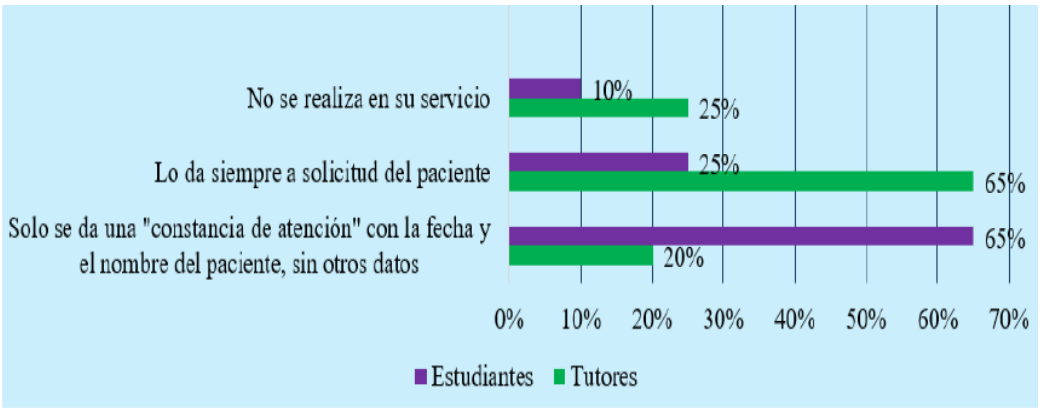
**Gráfico 12: distribución de las frecuencias relativas del formato de la historia clínica en la población estudiada**




Con respecto al formato de las historias clínicas ambos grupos las confeccionan mayormente en forma manual, siendo también frecuente en los tutores la confección en computadora e impresas o digitalizadas y no impresas.

-Certificado médico

**Gráfico 13: distribución de las frecuencias relativas de la característica del certificado médico elaborado por la población estudiada**




Refiriéndose a los certificados médicos, los tutores revelan en su mayoría extenderlos a solicitud del paciente, mientras que los estudiantes dicen que solo se extiende una "constancia de atención" con la fecha y el nombre del paciente, sin constar diagnóstico, tratamiento realizado u otros datos de interés.

-Obligatoriedad de estampillar los certificados.

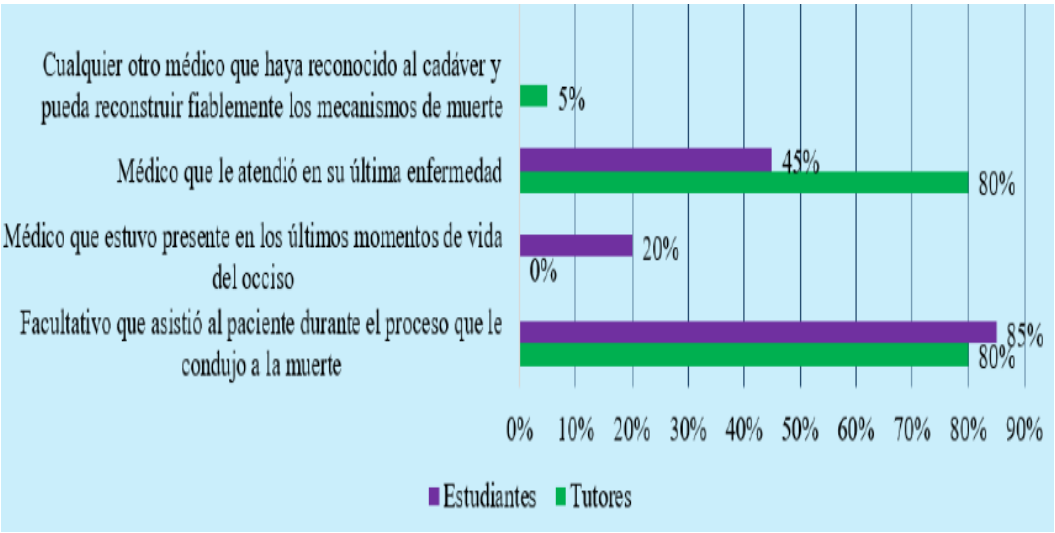
El 100% de los tutores y de los estudiantes conocen que en la Provincia de Santa Fe es obligatorio el uso de estampillas en los certificados médicos, que la documental es objeto de estampillado o gravamen contributivo por el solo hecho de salir del conocimiento estrictamente personal del profesional actuante para ser presentada ante otras personas físicas o jurídicas y que quedan exceptuados de estampillas todos los certificados emitidos por hospitales públicos. En tanto el 100% de los tutores y el 90% de los estudiantes conocen que el estampillado le otorga valor legal al certificado médico.

-Uso del estampillado en el certificado médico.

El 100% de los tutores y el 80% de los estudiantes conoce que el certificado médico en la Provincia de Santa Fe lleva dos estampillas; en tanto, el 80% de los tutores y el 55% de los estudiantes conocen las instituciones a las que se destina el monto abonado en concepto de estampilla.

-Certificado de defunción.

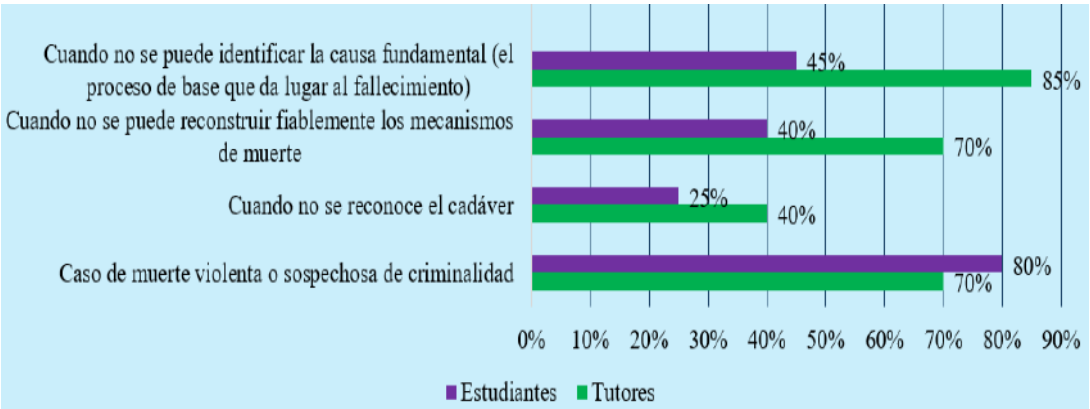
**Gráfico 14: distribución de las frecuencias relativas del conocimiento sobre quién debe firmar el certificado de defunción en la población estudiada.**




Acerca del conocimiento sobre quién debe firmar el certificado de defunción, ambos

grupos responden mayoritariamente que es el facultativo que asistió al paciente durante el proceso que le condujo a la muerte; también ha sido significativa, en el grupo de tutores, la respuesta que lo debe firmar quien atendió al paciente en su última enfermedad.

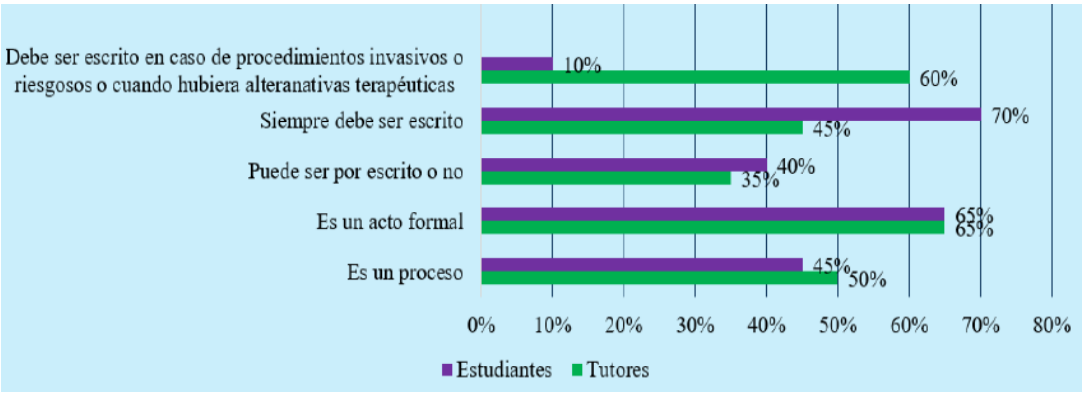
**Gráfico 15: Distribución de las frecuencias relativas del conocimiento sobre cuándo no se debe firmar el certificado de defunción en la población estudiada.**




El grupo de tutores asegura, en su mayoría, que el certificado de defunción no debe ser firmado en caso de no poder identificarse la causa fundamental (es decir el proceso de base que da lugar al fallecimiento) o en caso de muerte violenta o sospechosa de criminalidad; mientras que los estudiantes han contestado predominantemente esta última opción.

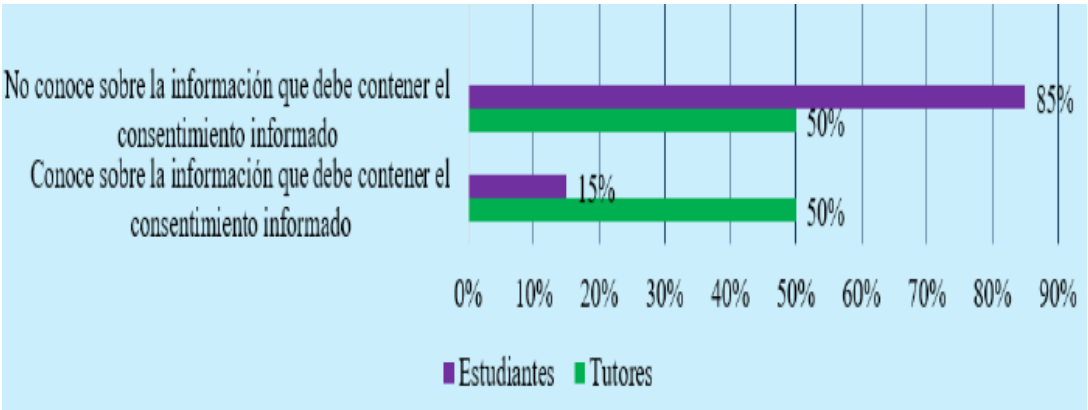
-Consentimiento informado.

**Gráfico 16: distribución de las frecuencias relativas del conocimiento sobre consentimiento informado en la población estudiada.**



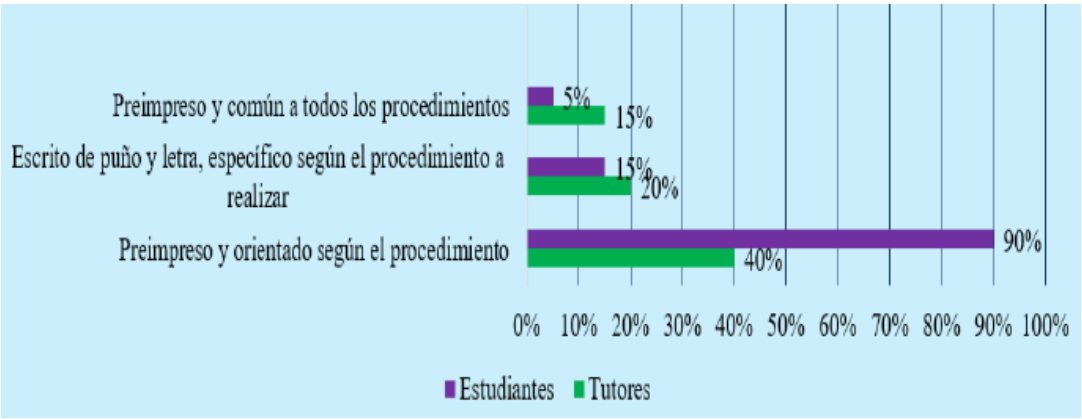
En cuanto al conocimiento sobre consentimiento informado, las respuestas son bastante disímiles y heterogéneas en ambos grupos, conforme se muestra en el gráfico anterior.

**Gráfico 17: distribución de las frecuencias relativas del conocimiento sobre la información que debe contener el consentimiento informado en la población estudiada.**




Es significativo que en el grupo de estudiantes predomine ampliamente el no conocimiento acerca de la información que debe contener el consentimiento informado.

**Gráfico 18: distribución de las frecuencias relativas del modelo de consentimiento informado que habitualmente usa la población estudiada.**




En cuanto al modelo de consentimiento informado, prevalece en ambos grupos, especialmente en los estudiantes, el uso del modelo preimpreso y orientado según el procedimiento.

## 10. Etapa 2: Implementación de la Intervención

### *10.1 Denominación*

Intervención Educativa "Talleres de formación teórico-práctica en Medicina Legal para la práctica clínica segura".

### *10.2 Naturaleza de la Intervención*

La presente propuesta de intervención educativa tiene una naturaleza formativa y pedagógica, enfocada en el desarrollo de competencias específicas relacionadas con la Medicina Legal. Su objetivo principal es fortalecer el conocimiento de los estudiantes avanzados en temas críticos como la responsabilidad médica, el manejo de la historia clínica y las implicancias legales de la práctica médica. La intervención se llevará a cabo mediante talleres prácticos que promoverán el aprendizaje colaborativo y la resolución de casos clínico-legales, integrando el enfoque asistencial y el médico-legal en la formación profesional.

### *10.3 Taller*

En esta segunda etapa, la de intervención propiamente dicha, que se llevará a cabo entre los meses de febrero y abril de 2025, articulada en dos segmentos sucesivos para los alumnos del Ciclo “Diagnóstico, tratamiento y recuperación” y para los de la “Práctica Final Obligatoria”, se proponen las metodologías académicas que a continuación se explicarán.

-Para el Ciclo “Diagnóstico, tratamiento y recuperación” (destinado a estudiantes de quinto año): luego del dictado de los temas básicos, especialmente los de certificado médico, responsabilidad médica, secreto médico, historia clínica, información al paciente, lesiones, delitos sexuales y maltrato infantil, se plantea la realización de una materia electiva, para un cupo total de 80 estudiantes, organizada a través de seis talleres prácticos, de una duración individual de dos horas y media cada uno. Los mismos se instrumentarán en un encuentro semanal, durante seis semanas. En cada encuentro, los estudiantes presentes se dividirán en grupos de cuatro o cinco alumnos, conformándose los mismos según elección de los participantes. Se distribuirá a cada grupo copias de historias clínicas y certificados médicos (asegurándose previamente el ocultamiento de los datos de filiación de los pacientes y de los profesionales intervinientes en su atención) y algunas situaciones problemáticas reales de la profesión médica en formato escrito (ver anexo 2). Los estudiantes deberán resolver estas situaciones y/o encontrar las falencias, omisiones, errores o defectos en la confección de la documental médica distribuida como ejemplo, en un tiempo de cuarenta y cinco minutos.

Posteriormente, el docente a cargo promoverá la discusión de los casos en forma grupal y colaborativa, con exposición de las dificultades y errores observados, en contraste con los temas abordados previamente en el recorrido de los seminarios teóricos de la Asignatura Medicina Legal.

-Para el ciclo "Práctica final obligatoria" (destinado a estudiantes de sexto año): del mismo modo, luego del dictado de los temas básicos, se plantea la realización de una materia electiva, para un cupo total de 80 estudiantes, mediante la realización de seis talleres prácticos obligatorios, de una duración individual de dos horas y media cada uno. Los mismos se instrumentarán en un encuentro semanal, durante seis semanas. En cada encuentro, los estudiantes presentes se dividirán en grupos de cuatro o cinco alumnos, conformándose los mismos según elección de los participantes. Se le distribuirá a cada grupo copias de demandas, civiles y penales, receptadas en contra de profesionales médicos por situaciones relacionadas con la praxis profesional (ver anexo 2). Tomando previamente todas las medidas pertinentes a los fines de ocultar debidamente los datos de actores y demandados, abogados y autoridades intervinientes, e incluyendo en este material solamente a aquellas causas en donde se hubiera finalizado el proceso definitivamente, se les indicará a los estudiantes que analicen si estas situaciones de reclamo podrían haberse evitado mediante la implementación cabal de los conocimientos médico legales adquiridos en relación con, especialmente, documentales médicas y temas de responsabilidad médica. Posteriormente, el docente a cargo promoverá la discusión de los casos en forma grupal y colaborativa, con exposición de las dificultades y errores observados, en contraste con los temas abordados previamente en el recorrido de los seminarios teóricos de la Asignatura Medicina Legal.

### *10.4 Factibilidad*

La presente propuesta de intervención educativa tendrá como recursos necesarios para su realización los recursos humanos, los de tipo edilicios, los instrumentales y los de apoyo a la docencia:

-<u>Recursos humanos</u>:

- Personal docente de la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Ciencias Médicas de una universidad del sur de la Provincia de Santa Fe (8 Jefes de Trabajo Práctico, un profesor adjunto y el titular de la Cátedra)
- Personal no docente (secretaria de la misma cátedra).

-Recursos edilicios (espacio físico)

- Aula principal de la Cátedra de Medicina Legal de una universidad del sur de la Provincia de Santa Fe. La misma está equipada con pupitres para los alumnos y escritorio para el docente.

-Recursos instrumentales

- Pizarrón.
- Encuestas (en formularios preimpresos).
- Modelos de historias clínicas y certificados médicos impresos.

-Recursos de apoyo a la docencia

- Proyector.
- Computadora.

### *10.5 Análisis de Datos y Ajuste del Diseño de Intervención*

Al finalizar el mes de abril de 2025, los estudiantes avanzados de la Carrera de Ciencias Médicas de la universidad del sur de la Provincia de Santa Fe donde se realizará la presente intervención habrán ya cursado la asignatura Medicina Legal en el ciclo lectivo anterior, habiéndose abordado en ella tópicos cuyo conocimiento es fundamental para lograr una próxima práctica profesional segura. Por otra parte, dado que nuestra materia tiene presencia en forma descentralizada durante el tercer y quinto año y posteriormente en la Práctica Final Obligatoria (sexto y último año), ya habrán tenido un primer acercamiento a la asignatura, dado que ciertos temas de Medicina Legal son impartidos en las Áreas “Injuria” y “Defensa” del 3° año de la carrera. Finalmente, el cursado de los talleres previstos como actividad de intervención propuesta habrá finalizado, previéndose su culminación precisamente a finales de abril.

Mediante la implementación de los talleres descriptos en los acápites anteriores del presente trabajo, se intentará lograr que estos encuentros posibiliten alcanzar una suerte de conclusión, afirmación e integración teórico-práctica del tema tratado durante el cursado, donde se puedan contrastar los conocimientos adquiridos y confrontarlos con los de los compañeros de estudio, con la guía permanente del docente a cargo. Esta modalidad pone al educando en un rol activo y lo prepara para situaciones similares que podrían presentarse en un futuro como profesional. En otras palabras, siguiendo el enforque vygotskyano, tal como expresó Baquero (1997): “el buen aprendizaje (o buena enseñanza) debería operar sobre los niveles

superiores de la zona de desarrollo próximo, es decir sobre aquellos logros del desarrollo todavía en adquisición y solo desplegados en colaboración con otro" (p. 4).

De esta manera, no quedará sino evaluar los resultados de la actividad de intervención propuesta. A tal fin, consideramos utilizar la misma encuesta que se le ha proporcionado a los estudiantes durante la primera fase de la actividad, previo al cursado de los talleres. Así, se distribuirán los formularios preimpresos entre los alumnos participantes, inmediatamente finalizados los talleres de abril de 2025. Los mismos deberán completar las encuestas y responderlas antes de la culminación de la segunda semana de mayo.

En forma complementaria y paralela cronológicamente, en concordancia con el espíritu constructivista y colaborativo del diseño de la actividad de intervención propuesta, el docente a cargo entrevistará a un representante de cada grupo de alumnos de los que han tomado participación en la materia electiva. El objetivo de esta instancia es fundamentalmente indagar acerca de si los estudiantes pudieron percibir un cambio en los conceptos aprehendidos y si consideran que este cambio permitirá abordar la práctica profesional médica desde una mirada de integración entre el concepto asistencial y el concepto médico legal, generando así una deseada y relevante retroalimentación positiva en el proceso enseñanza-aprendizaje.

Como ya se había explicado anteriormente, las encuestas serán de tipo anónimas, pero llevarán un número de identificación aleatorio, a los fines de que los resultados observados tras el cursado de los talleres se puedan cotejar con los obtenidos, del mismo encuestado, al inicio de toda la actividad académica.

Es así que se espera que este cotejo de resultados nos permita sacar conclusiones, mediante técnicas cuantitativas, en relación con la incidencia que la propuesta de intervención fuera a provocar en los estudiantes avanzado de la Carrera de Ciencias Médicas de la universidad en donde se desarrollará la intervención.

Por otra parte, es de destacar que, la encuesta proporcionada al inicio de la actividad, ha tenido como destinatarios no solo a los estudiantes sino también a sus instructores o tutores de grado. Ahora bien, en esta segunda oportunidad, los destinatarios serán solo los estudiantes de la carrera. De esta manera, se espera que el mencionado cotejo metodológico tenga un doble estándar: por un lado entre una población -los estudiantes- en forma previa y posterior a la capacitación práctica (actividad propuesta), pero, por otro, entre los estudiantes y sus tutores, siendo que éstos últimos, habiéndose ya formado con posibles deficiencias en el conocimiento teórico-práctico de la Medicina Legal, posiblemente fueran a mostrar resultados menos alentadores con respecto a sus conocimientos en las encuestas administradas.

Además, se podrá de esta manera analizar qué impacto y que resultados pedagógicos se habrán logrado, identificar cuáles habrán sido las falencias y/o falta de conocimiento que en los alumnos se habrán observado y, subsidiariamente, detectar posibles aspectos a mejorar en el cursado de la asignatura Medicina Legal y también en la misma práctica de la actividad de intervención propuesta, a los fines de conocer sobre la viabilidad y utilidad de replicar la experiencia en los sucesivos ciclos lectivos.

### *10.6 Cronograma*

La primera parte del proyecto de intervención se ha realizado por medio de encuestas a tutores de grado y estudiantes avanzados de la Carrera de Ciencias Médicas de una universidad del sur de la Provincia de Santa Fe y tuvo lugar en el mes de agosto del 2024.

La segunda etapa, la de intervención propiamente dicha, tendrá lugar entre los meses de febrero y abril de 2025, articulada en dos segmentos sucesivos para los alumnos del Ciclo "Diagnóstico, tratamiento y recuperación" y para los de la "Práctica Final Obligatoria". Se organizarán a tal fin seis talleres prácticos, de una duración individual de dos horas y media cada uno. Los mismos se instrumentarán en un encuentro semanal, durante seis semanas.

Para la actividad evaluativa de la propuesta de intervención, consideramos utilizar la misma encuesta que se le ha proporcionado a los estudiantes durante la primera fase de la actividad, previo al cursado de los talleres. A tal fin, se distribuirán los formularios preimpresos entre los alumnos participantes inmediatamente finalizados los talleres de abril de 2025. Los mismos deberán completar las encuestas y responderlas antes de la culminación de la segunda semana de mayo del 2025. En forma complementaria y paralela cronológicamente, el docente a cargo entrevistará a un representante de cada grupo de alumnos de los que han tomado participación en la materia electiva.

Luego, se analizarán los resultados del cotejo metodológico entre la tercera y cuarta semana de mayo de 2025. Finalmente, en el mes de junio de 2025, se procederá a efectuar el análisis de los datos y el ajuste de la intervención en función de los resultados, evaluando los objetivos pedagógicos logrados. Se espera así identificar las falencias y/o falta de conocimiento de los alumnos cursantes y, subsidiariamente, detectar posibles aspectos a mejorar en el cursado de la asignatura Medicina Legal. Por último, mediante la misma práctica de la actividad de intervención propuesta, se espera conocer sobre la viabilidad y utilidad de replicar la experiencia en los sucesivos ciclos lectivos.

El siguiente cuadro ilustra y resume el cronograma de actividades propuestas:

| Actividades/Meses | Agosto 2024 | Febrero 2025 | Marzo 2025 | Abril 2025 | Mayo 2025 | Junio 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1° etapa: encuesta a alumnos y a tutores | **X** | | | | | |
| Intervención docente para el ciclo Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación | | **X** | **X** | | | |
| Intervención docente para el ciclo Práctica Final Obligatoria | | | **X** | **X** | | |
| 3° etapa o de evaluación (encuesta a alumnos y entrevista a integrante de cada grupo) | | | | | **X** | |
| Evaluación de los resultados | | | | | **X** | |
| Análisis de datos y ajuste de la intervención en función de los resultados | | | | | | **X** |

## 11. Conclusiones

En el análisis y evaluación de las principales causas de demandas por responsabilidad médica, se podría inferir que la falta o inadecuada información al paciente ocupa un lugar preponderante, originando como consecuencia un deterioro en la relación médico-paciente.

El incumplimiento o falta de observancia de protocolos reconocidos, la realización incompleta e inadecuada de la documental médica (especialmente historias clínicas) y la deficiencia en el consentimiento informado se presentan como factores determinantes que pueden derivar en demandas judiciales o resoluciones desfavorables para los profesionales.

El trabajo realizado incluyó una etapa inicial de diagnóstico mediante un estudio descriptivo y transversal, basado en encuestas aplicadas a estudiantes avanzados de la Carrera de Ciencias Médicas de una universidad del sur de la Provincia de Santa Fe y a sus tutores de grado. Estas encuestas, diseñadas en un cuestionario impreso de 20 preguntas de formato múltiple o de respuesta libre, se administraron de forma anónima y voluntaria a una muestra representativa de 20 estudiantes y 20 tutores. La duración de esta etapa fue de 30 días, llevada a cabo en agosto de 2024, aprovechando que los alumnos habían cursado la asignatura Medicina Legal durante el primer semestre, lo que garantiza conocimientos previos básicos en deontología y diceología médica.

La inclusión de tutores permitió establecer un marco comparativo de referencia, con la hipótesis de que el conocimiento inicial de ambos grupos sería similar, y que, tras la intervención educativa proyectada, los saberes de los alumnos podrían evidenciar modificaciones y ampliaciones significativas. Este enfoque metodológico asegura que los resultados diagnósticos sirvan de base para planificar con precisión las futuras acciones de intervención, incluyendo talleres electivos dirigidos a los estudiantes avanzados.

Los resultados obtenidos reflejan que, a pesar de la aparente conciencia sobre la importancia de un manejo adecuado de la documental médica, los profesionales admiten deficiencias en el cumplimiento de normativas legales, justificadas comúnmente por la falta de tiempo y las excesivas exigencias laborales. Este panorama, sumado a la percepción de los encuestados sobre el incremento de demandas por mala praxis, pone de manifiesto la necesidad de prácticas médicas basadas en una relación médico-paciente fluida, una comunicación efectiva y una estricta observancia de la "Lex Artis" y la normativa vigente.

Finalmente, en una tercera ulterior, de evaluación de los resultados, se distribuirán las mismas encuestas que fueron completadas en la etapa inicial. El propósito principal de esta instancia será explorar si los alumnos percibirán un cambio significativo en los conceptos adquiridos, evaluando a su vez si dicho cambio contribuirá a abordar la práctica profesional

médica desde una perspectiva integradora que combine los enfoques asistencial y médico-legal.

Como conclusión final, cabe señalar que, con el presente proyecto de intervención, podremos analizar qué impacto y que resultados pedagógicos se habrán logrado, identificar cuáles habrán sido las falencias y/o falta de conocimiento que en los alumnos se habrán observado y, subsidiariamente, detectar posibles aspectos a mejorar en el cursado de la asignatura Medicina Legal y también en la misma práctica de la actividad de intervención propuesta, a los fines de conocer sobre la viabilidad y utilidad de replicar la experiencia en los sucesivos ciclos lectivos.

## 12. Referencias Bibliográficas


Abud, F. (2015). *Responsabilidad médica y mala praxis en médicos residentes y concurrentes del Hospital Provincial de Rosario* [Trabajo final para optar por el título de médico especialista en Medicina Legal, Carrera de posgrado de especialización en Medicina Legal, Facultad de Ciencias médicas, Universidad Nacional de Rosario].

Arimani-Manso, J. (2007). La medicina defensiva un peligro boomerang. *Humanitas*, *12*, 15

Ausubel, D. (1980). *Piscología educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. Trilla.

Baquero, R. (1997). *Vigotsky y el aprendizaje escolar*. Aique Grupo Editor S.A.

Canónico, P. (2023). Las demandas se incrementaron un 20% en cinco años. El 80% tramita en la Ciudad y la Provincia de Buenos Aires. Clarín. Puede verse en: https://www.medmun.org.ar/14707-aumentan-los-juicios-por-mala-praxis-y-en-argentina-alcanzan-a-1-de-cada-4-medicos/#:~:text=Es%20que%20los%20juicios%20porcondenas %20aumentaron%20más%20del%20500%25.

Cedillo, M., Díaz-Moreno, A., Gradis-Santos, O., Matamoros-Zelaya, M. (2020). Conocimientos del Médico sobre responsabilidad profesional médica. Rev. ciencias forenses Honduras, *6(1)*, 2-9. DOI: https://doi.org /10.5377/rcfh.v6i2.10706

Cerezo-Huerta, H. (2007). *Corrientes pedagógicas contemporáneas*. Odiseo, revista electrónica de pedagogía, 4, (7).

Chuaqui J. (2002). Acerca de la historia de las universidades. *Revista chilena de pediatría, 73(6)*, 583-585. https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062002000600001

Coll, C. y Granel, C. (1994). De qué hablamos cuando hablamos de constructivismo. *Cuadernos de Pedagogía, 221,* 8-10

De Corral, C. (2021). La empatía como herramienta en la práctica médica. Grupo Editorial AMMF. Puede verse en https://www.aamedicinafamiliar.com/2021/06/30/la-empatía-como-herramienta-en-la-práctica-médica/

Galván-Sáez, J. (1997). El duro ejercicio de la cirugía plástica, estética y reparadora. *Revista Cirugía Plástica Ibero Americana, 23.*

García-Garduza, I. (2014). Importancia de la Medicina Legal en la Práctica Médica. *Revista de la Facultad de Medicina (México), 57.*

González, O. y Flores, M. (1998). *El trabajo docente. Enfoques innovadores para el diseño de un curso.* Trillas.

Hava-García, E. (2001). *La imprudencia médica".* Editorial Tirant lo Blanch.

Hernández-Gil, A. (2002). *Responsabilidad por mala praxis médica. Análisis del problema a través de encuestas a colegios oficiales de médicos y de abogados* [Tesis de Doctorado, Universidad de Córdoba]. https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=65020

Hernández-Gil, A. (2008). Estudio médico forense de la responsabilidad profesional médica. *Revista de Estudios Jurídicos, 8*

Hernández-Ordóñez, M. A. (2014). *Fundamentos de Medicina Legal*. Editorial McGraw-Hill Education, 2° edición.

Knowles, M. (1973). *Andragogía. El aprendizaje de los adultos.* Oxford University Press México, S.A.

Lifshitz, A. (2021). *Educación médica: pasado, presente y futuro.* Editorial Med Int. Mex., 463-467.

Mateos, M. y Pérez Echeverría, M. P. (2006). *El cambio de las concepciones de los alumnos sobre el aprendizaje.* Graó.

Mercado-Ramírez, L. (2015). *La universidad moderna como institución de la sociedad civil* [Tesis de doctorado, Universidad de Navarra, Instituto Empresa y Humanismo, Programa Doctoral en Gobierno y Cultura de las Organizaciones].

Narvaiza-Amengual, S. (2024). La enseñanza de ética y deontología requiere de su integración en todas las materias y ámbitos formativos de la Medicina y de cambios en la evaluación. *Portal informativo de la Organización Médica Colegial de España.* Puede verse en: https://www.medicosypacientes.com/articulo/ensenanza-etica-y-deontologia-medicina/

Patitó, J. (2003). *Tratado de Medicina Legal y elementos de patología forense.* Editorial Quórum.

Plan de Estudios y Reglamento de la Carrera de Postgrado de Especialización de Medicina Legal de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.

Santana-Barbosa, J., Da Silva, P., Branco-Cerqueira-Neves, N. (2020). Conocimiento sobre ética médica de los estudiantes de medicina de Salvador. *Revista bioética*, *28*, 212. Puede verse en: https://www.scielo.br/j/bioet/a/gCcwT3rKTL8DHs5cKZJVwZQ/?lang=es&format=pdf

Scheuer, N., Pozo-Municio, J., Pérez-Echeverría, M., Mateos-Sanz, M., Martín-Ortega, E. y De la Cruz, M. (2006). *Nuevas formas de pensar la enseñanza y el aprendizaje: los conceptos de profesores y alumnos.* Graó.

Pozo, J. y Monereo, C. (2010). Aprender a aprender: cuando los contenidos son el medio. *Aula de Innovación Educativa*, *190,* 37.

Revelles, D. y Colomer, A. (2002). Errores médicos. Locos del bisturí. Qué negligencias médicas son las más habituales y por qué se producen, *63,* 16-25.

Rodríguez-Almada, H. (2001). Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. *Rev. Med. Uruguay, 17*

## 13. Anexos

### 13.1 Anexo 1 - Encuesta sobre Responsabilidad Médica

Edad: ☐ años

Soy Estudiante ☐ Soy Docente ☐ (marque lo que corresponda)

Años de ejercicio de la profesión ☐ o años de carrera cursado: ☐

- Sobre la práctica de la medicina, relación con los pacientes y responsabilidad médica:

1) Con respecto a su relación con los pacientes, lo más difícil es:

a) Escuchar al paciente con empatía.

b) Respetar la negativa del paciente a recibir tratamientos que usted considera totalmente necesarios.

c) Proporcionar información al paciente correctamente.

d) Tomar en cuenta la dignidad humana y la confidencialidad.

e) Comunicarse con los pacientes.

2) El trato que recibe de los pacientes es (puede marcar más de una respuesta):

a) Respetuoso y empático.

b) Irrespetuoso.

c) Muestran desconfianza.

d) Se muestran demandantes.

3) Con respecto a su relación con los demás miembros del equipo de salud (puede marcar más de una respuesta):

a) Tratan a otros miembros del equipo, especialmente estudiantes, practicantes o residentes, con respeto.

b) Usan la crítica positiva y constructiva en lugar de murmurar a espaldas de sus colegas.

c) Consultan a otros cuando no tienen la práctica o el conocimiento requerido.

d) Demuestran colaboración adecuada con otros miembros del equipo de salud.

4) ¿Qué considera usted, como causa más relevante, de los errores en que los profesionales médicos ocasionalmente incurren?

a) Falta de supervisión

b) Falta de formación teórica

c) Falta de descanso, cansancio

5) Las demandas por responsabilidad médica han aumentado progresivamente en los últimos años (Hava-García, 2001, p.11). Según su opinión, ¿cuál/cuáles de estos motivos tendría/n más relevancia? (Puede marcar más de una respuesta):

a) Falta, confección inadecuada o incompleta de historias clínicas.

b) Incumplimiento de protocolos básicos.

c) Poca utilización de métodos complementarios de diagnóstico.

d) Excesiva utilización de métodos complementarios de diagnóstico.

e) Falta de información al paciente.

f) Mala relación con el paciente.

g) Atención despersonalizada.

h) Medicina más compleja.

i) Peor medicina.

j) Mayor información de los pacientes.

k) Información por parte de los pacientes distorsionada y sesgada, por ejemplo, por medios masivos de comunicación.

l) Frustración por mala evolución de las patologías.

m) Accionar poco ético de los letrados.

n) Intento de obtener dinero fácil y rápido por algunos demandantes.

6) Según su opinión, ¿cómo influye dicho aumento de las demandas en la práctica profesional médica? (Puede marcar más de una respuesta):

a) Positiva, porque exige mayor atención y cuidado.

b) Positiva, por exigir el cumplimiento de protocolos.

c) Negativa, por abuso de medios complementarios.

d) Negativa, por pérdida de espontaneidad en la toma de decisiones.

e) Negativa, por encarecimiento de la medicina.

7) ¿Qué acciones realizaría para evitar demanda de mala praxis? (Puede marcar más de una respuesta):

a) No tomaría medidas porque no me preocupa.

b) Mayor formación y conocimientos médicos.

c) Más medios técnicos diagnósticos y terapéuticos.

d) Informando mejor y hablando más con los pacientes.

8) Desde el aspecto médico legal, la responsabilidad médica puede juzgarse desde el ámbito penal, civil o administrativo. Según su conocimiento, indique verdadero o falso en cada consigna:

a) La responsabilidad civil médica implica la obligación de resarcir por los daños causados a la víctima.

b) Responsabilidad penal médica es el sometimiento al poder de castigo del Estado (sanciones pecuniarias y de privación de la libertad).

c) Responsabilidad administrativa médica supone el sometimiento al poder sancionador de la administración en las situaciones previstas como sancionables administrativamente.

d) Responsabilidad administrativa médica se basa en que las administraciones públicas deben indemnizar cuando producen un daño con ocasión del funcionamiento normal o anormal del servicio público sanitario.

9) De acuerdo al punto anterior, ¿el seguro de responsabilidad médica lo cubre para qué tipo de responsabilidad médica?

a) Responsabilidad civil médica.

b) Responsabilidad penal médica.

c) Responsabilidad administrativa médica.

10) ¿Qué opina del seguro de responsabilidad médica? (Puede marcar más de una respuesta):

a) Es absolutamente necesario.

b) Es conveniente.

c) No lo cree preciso.

d) Permite actuar con menos estrés.

e) Evita en parte la medicina defensiva.

**Sobre el uso confección y conocimientos generales acerca de la documental médica**

11) Sobre la confección de la historia clínica, conteste:

a) La confecciona en forma adecuada y completa.

b) La confecciona incompleta por falta de tiempo y exceso en las exigencias.

c) La confecciona incompleta por otras causas.

12) Sobre la confección de la historia clínica, conteste:

a) La confecciona con escritura manual.

b) La confecciona en la computadora y la imprime.

c) Está digitalizada y no se imprime.

d) La confecciona informatizada con un sistema encriptado que no permite adulterarla o modificarla.

13) Sobre el certificado médico, conteste:

a) En su servicio solo se da una constancia de atención con la fecha y el nombre del paciente, sin constar diagnóstico, tratamiento realizado u otros datos de interés.

b) Lo da siempre a solicitud del paciente.

c) No se realiza en su servicio.

14) Según su conocimiento, señale lo correcto (puede marcar más de una opción):

a) En la provincia de Santa fe es obligatorio el uso de estampillas en los certificados médicos.

b) La documental es objeto de estampillado o gravamen contributivo por el solo hecho de salir del conocimiento estrictamente personal del profesional actuante para ser presentada ante otras personas físicas o jurídicas.

c) El estampillado le otorga valor legal al certificado médico.

d) Quedan exceptuados de estampillas todos los certificados emitidos por hospitales públicos.

15) Según su conocimiento, complete:

a) ¿Cuántas estampillas lleva el certificado médico en la provincia de Santa Fe?

_____

b) ¿Hacia qué institución o instituciones se destina el monto abonado en concepto de estampillado?

_____

16) Sobre certificado de defunción, ¿quiénes deben firmarlo? (Pueden marcarse más de una opción correcta).

a) Facultativo que asistió al paciente durante el proceso que le condujo a la muerte.

b) Médico que estuvo presente en los últimos momentos de vida del occiso.

c) Médico que le atendió en su última enfermedad.

d) Cualquier otro médico que haya reconocido al cadáver y pueda reconstruir fiablemente los mecanismos de muerte.

17) Sobre certificado de defunción, ¿cuándo no se debe firmarlo? (Pueden marcarse más de una opción correcta).

a) Casos de muerte violenta o sospechosa de criminalidad.

b) Cuando no se reconoce el cadáver.

c) Cuando no se puede reconstruir fiablemente los mecanismos de muerte.

d) Cuando no se puede identificar la causa fundamental (el proceso de base que da lugar al fallecimiento) o la causa inmediata (causa desencadenante).

18) Sobre el consentimiento informado, conteste (pueden marcarse más de una opción correcta).

a) Es un proceso.

b) Es un acto formal.

c) Puede ser por escrito o no.

d) Siempre debe ser escrito.

e) Debe ser escrito en el caso de procedimientos invasivos o asociados a riesgos significativos o que tienen implicados alternativas terapéuticas.

19) ¿Qué información que debe contener el consentimiento informado? (Puede marcar más de una respuesta):

a) El diagnóstico y su evaluación.

b) El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto.

c) Las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos riesgosas posibles.

d) Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.

20) ¿Qué modelo de consentimiento informado usa habitualmente?

a) Escrito, de puño y letra, específico según el procedimiento a realizar.

b) Preimpreso y común a todos los procedimientos.

c) Preimpreso y orientado según el procedimiento.

### 13.2 Anexo 2 - Ejercicios sobre Historias Clínicas y Certificados Médicos

**Demanda por Responsabilidad Médica N°1**

**Hechos reclamados**

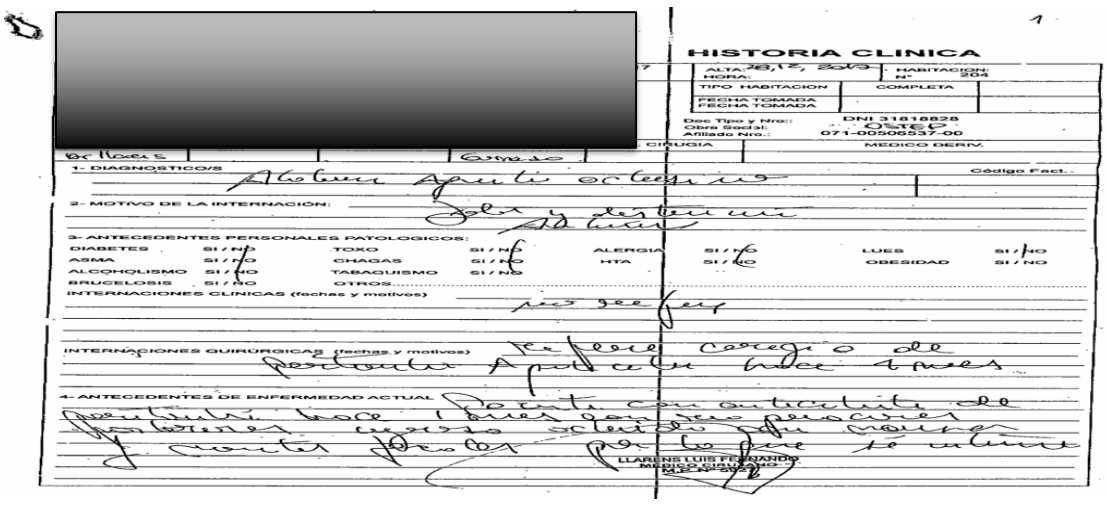
… En fecha 10/11/2017 concurrió a la guardia del Sanatorio XXXX debido a sufrir intensos dolores abdominales. En esas circunstancias, fue atendido por el médico de guardia y tratado con sueros por vía parenteral y posterior alta sanatorial.

Al día siguiente, 11/12/2017, por padecer sintomatología en aumento, volvió a concurrir al mismo nosocomio, siendo estudiado con una radiografía, diagnosticándosele un cuadro de peritonitis, por lo que fue intervenido quirúrgicamente.

El día 16/11/2017, permaneciendo internado, volvió a padecer dolor abdominal, por lo que fue estudiado con radiografías, tomografía y laboratorio, decidiéndose nueva intervención quirúrgica.

Luego del alta sanatorial, con indicación de realizarse controles periódicos, el día 24/12/2017, en ocasión en que se dirigía hacia la localidad de XXXX, comenzó a padecer nuevamente dolores abdominales encontrándose en el colectivo, por lo que al llegar a destino concurrió a la guardia del Hospital SAMCO de XXXXX y desde allí fue trasladado al Sanatorio XXXXX (de mayor complejidad), en donde fue nuevamente intervenido quirúrgicamente…

**Fragmentos de la historia clínica aportada en el expediente**


HISTORIA CLINICA

6- EXAMEN DE INGRESO

AP CARDIOVASCULAR: S/P

AP RESP.: S/P

AP DIGESTIVO: Abdomen doloroso a la palpación con puntos dolorosos.

AP URINARIO: S/P

AP NEUROSIQUICO: S/P

SIST. OSTEOARTICULAR: S/P

PIEL Y TEJ CEL SUB CUT.: S/P

OTROS: S/P

[redacted]

Firma y Sello del Profesional

Si no resulta el espacio asignado a cada ítem se debe continuar en espacio complementario u hoja con membrete sanatorial

[redacted]

HISTORIA CLINICA N° 174004

0022 - HOJA 2 -

SANATORIO RECONQUISTA S.A. O. SOCIAL: Osreg

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE: [redacted]

6- ESTUDIOS COMPLETOS:

LABORATORIO ANÁLISIS CLÍNCOS:

DIAG. POR IMÁGENES: Rx Torax

Rx Abdomen

Eco Hepatobiliar

OTROS:

TRATAMIENTO CLINICO

[redacted]

PROTOCOLO QUIRURGICO

CONCLUSIÓN ANATOMOPATOLÓGICA:

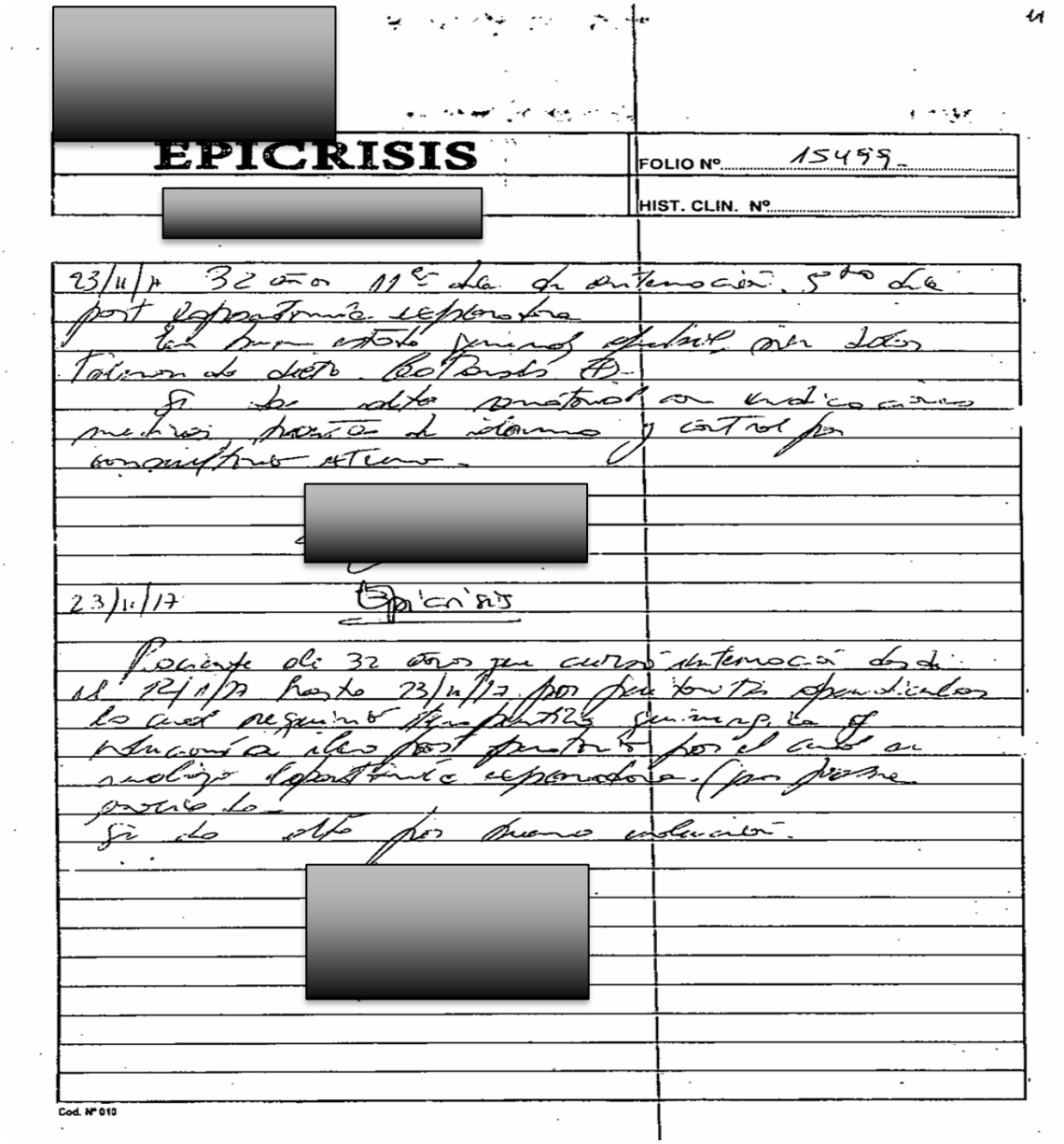
[redacted]

EPICRISIS

[redacted]

GRAFICOLOR -

Firma y Sello del Profesional



EPICRISIS

FOLIO Nº 15455

HIST. CLIN. Nº

23/11/17 32 años 11º día de internación. 5º día de post operatorio especialmente

En buen estado general, afebril, sin dolor

Tolerando dieta. Colabora. D.

Se da alta sanatorial con indicaciones

medicas, pautas de alarma y control por

consultorio externo.

23/11/17 Epicrisis

Paciente de 32 años que cursó internación desde

el 12/11/17 hasta 23/11/17 por lumbociatalgia

de ritmo mecánico inflamatorio de

predominio a izquierda post fracaso al

manejo ambulatorio especializado. Que presenta

mejoría

Se da alta por buena evolución.

Cod. Nº 010

**Demanda por Responsabilidad Médica N°2**

**Hechos reclamados**

Mi mandante a partir de los treinta y cinco años aproximadamente comenzó con cuadro de lumbalgia.

Tuvo una mala evolución caracterizada con cuadros reiterados de dolor lumbar que progresaron a una lumbociática izquierda.

Realizó consultas con varios profesionales durante años, que le indicaron sesiones de rehabilitación kinesiológica e infiltraciones locales para el tratamiento del dolor. También intentó con terapias alternativas como acupuntura, quiropraxia, masajes descontracturantes y rehabilitación acuática en

Ante la falta de respuesta al tratamiento conservador le propusieron cirugía la que decidió postergar el mayor tiempo posible.

En el año 2012 con un cuadro de parestesia y lumbociática izquierda que le generaba trastornos en la marcha, consultó con el [redacted] quien le solicitó estudios complementarios y le diagnosticó espondilolistesis grado 1 L5-S1.

El Dr. [redacted] le propuso realizar cirugía de fijación de la columna lumbar explicándole que una vértebra se deplazaba sobre la otra y que debía fijarlas.

Fue intervenido quirúrgicamente por el Dr. [redacted] en el sanatorio [redacted] de esta ciudad, el 26 de julio del año 2012 con colocación de una prótesis entre las apófisis espinosas de L4-L5.

La prótesis colocada por el Dr. [redacted] fue diastasante de las espinosas de L4-L5 y no cumplió función alguna sobre la listesis a tratar, así lo demuestran los estudios radiográficos.

Este tipo de fijación estaba indicada en casos de listesis entre L4 y L5 y no en este caso en que la listesis a tratar era entre L5-S1.

Por consiguiente no modificó en absoluto el cuadro cialtágico por el cual consultó mi mandante sino que lo agravó notoriamente.

Ya en el postoperatorio inmediato evolucionó con dolor lumbar, ciática bilateral y trastornos sensitivos en ambos miembros inferiores.

El Dr. [redacted] luego de la operación le indicó a mi mandante que guardara reposo, lo cual hizo, pero le siguió doliendo aún más que antes y se le dormía no solo la pierna izquierda sino también la derecha, que nunca antes le había dolido ni se le había dormido y le dolía no solo el lado izquierdo de la cintura sino también el derecho que tampoco nunca antes le había dolido.

A causa de toda esta situación y el empeoramiento notable de su estado, volvió nuevamente a la consulta con el Dr. [redacted] quien le refirió que ese dolor no era de la columna, que tenía un umbral bajo de dolor y que debía consultar con un clínico para realizar un control general.

En consideración con lo recomendado por el médico que lo había operado consultó con una médica clínica del Sanatorio [redacted] quien le solicitó una batería de estudios: ecografía de riñón, ecografía de testículos y espermatograma, los que mostraron resultados normales.

Realizó un tratamiento por treinta dias para elevar el umbral del dolor y una vez completado el mismo, clinicamente seguia igual, motivo por el cual le recomendaron consultar con otro especialista de columna.

Es así que en abril de 2013 decide consultar con el Dr. [redacted] quien le solicitó nuevos estudios complementarios en donde constató que presentaba una espindololistesis grado II de L5-S1.

Le refirió entonces que debía retirar la prótesis colocada por el Dr. [redacted] ya que la misma no cumplia la función de fijación puesto que se encontraba mal ubicada (a nivel de L4-L5) siendo que la listesis a tratar era en L5-S1, por lo que debería colocar un nuevo sistema de fijación con material de osteosintesis pedicular a nivel de L5-S1.

El primero de julio de 2013, fue intervenido quirúrgicamente por el Dr. [redacted] el Sanatorio [redacted], de esta ciudad, donde le retira el material conformado con tejido reaccional óseo, tejido conjuntivo incluyendo la prótesis colocada por el Dr. [redacted] y le coloca material de osteosíntesis con barra y tornillos pediculares a nivel de L5-S1.

El postoperatorio fue doloroso por dolor en miembro inferior izquierdo, considerado como rechazo al material de osteosintesis colocado. Tras una espera prudente y con bloqueos radiculares mejoró un 50 %.

Los dolores le impedian caminar y continuaba en reposo. Ante esta evolución se decide, previa tomografía que revela ausencia de lesiones de raiz nerviosa y alteración del foramen, a retirar el material de osteosintesis del lado izquierdo dejándose colocada la fijación del lado derecho.

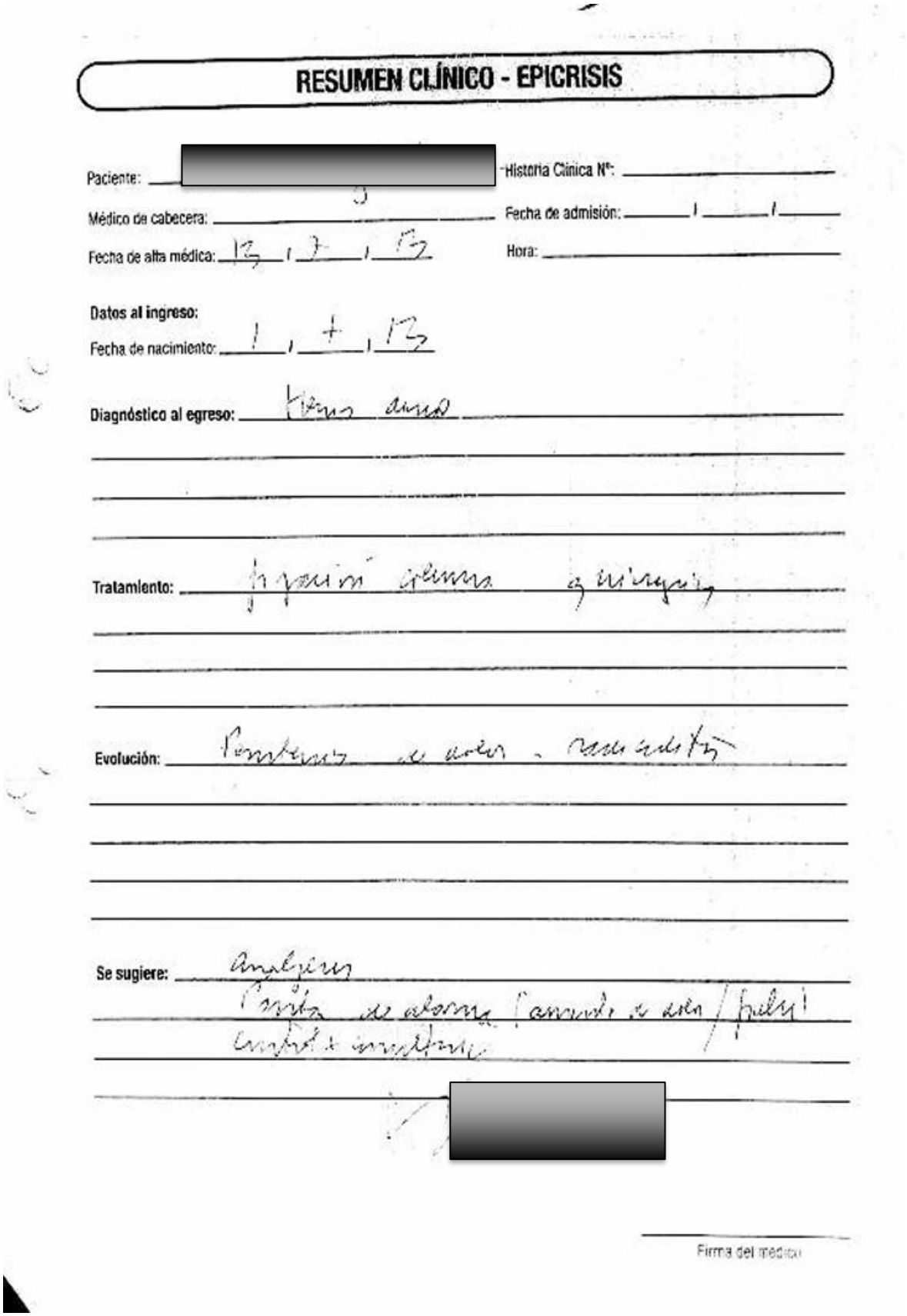
A los fines de retirar el material de osteosíntesis del lado izquierdo, fue reoperado por el Dr. [redacted] el día dos de agosto del año 2013 en el Sanatorio [redacted]

Posteriormente realizó tratamiento de rehabilitación. Actualmente presenta lumbalgia que le impide realizar determinadas tareas propias de su trabajo como mecánico de automotores.

No puede permanecer mucho tiempo en una misma posición ya sea sentado o acostado. Logra deambular pero con dolor lumbar persistente, presenta trastorno sensitivo en pierna y pie izquierdo.

Tiene dolor lumbar constante durante las 24 horas del día que se irradia a la cara anterior del abdomen y columna dorsal. Le resulta imposible estar acostado en una posición fija, debe rotar de posición, tiene imposibilidad de permanecer sentado durante largo tiempo y se encuentra medicado con analgésicos, antiinflamatorios y miorrelajantes.

**Fragmentos de la historia clínica aportada en el expediente**



RESUMEN CLÍNICO - EPICRISIS

Paciente: [redacted] Historia Clínica Nº: _____

Médico de cabecera: _____ Fecha de admisión: ___/___/___

Fecha de alta médica: 13/7/13 Hora: _____

Datos al ingreso:

Fecha de nacimiento: 1/+/13

Diagnóstico al egreso: Herpes anal

Tratamiento: Ingresa clínica y evoluciona

Evolución: Permanece sin dolor - asintomática

Se sugiere: Analgesia
Visita de alarma cercano a vía / fiebre
Control ambulatorio

[redacted]

Firma del médico

**Demanda por Responsabilidad Médica N°3**

**Hechos reclamados**

"INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA EN EL "SANATORIO XXXX.". Esta demanda se basa, por un lado, en la infección intrahospitalaria contraída por la actora, tras haber sido intervenida quirúrgicamente por un profesional médico del "SANATORIO XXXX", ente que debe responder ante la víctima -XXXXX- por los daños sufridos por ella, con base en su responsabilidad objetiva e incumplimiento de su deber de seguridad.

FALTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. Por otro lado, un documento del "SANATORIO XXXXX", titulado "Consentimiento Informado Quirúrgico", fue firmado por una tercera persona, que NO fue la paciente/actora, y que -por tanto- carece de validez jurídica alguna.

SECUENCIA CRONOLÓGICA.

1. En fecha 07 de Junio del año 2020, la actora ingresó a la "Guardia" del "Sanatorio XXXX S.A.", por haber sufrido una caída en su domicilio, la cual le provocaba un gran dolor de cadera.

2. Luego de la realización de una placa radiográfica, se diagnosticó que la paciente sufría un "fractura medial de cadera derecha", por lo que quedó internada en dicho nosocomio

3. Cinco días después, el 12 de Junio 2020, la paciente fue intervenida quirúrgicamente por el médico Dr. AAAA, quien efectuó una "artroplastia total de cadera derecha", siendo esta la primera y última vez que la paciente tuvo contacto con dicho profesional

4. En algún momento de la internación -la autorización no tiene fecha- el personal del "SANATORIO XXX" logró que "la Sra. WWWW", prima hermana de XXXX, firmara el referido documento intitulado "CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIRÚRGICO", el cual se halla en blanco. Además, la hoja de "Ingreso" al nosocomio, muestra que XXX se hallaba "lúcida", lo que no permite entender por qué dicho documento fue firmado por una tercera persona, distinta de la interesada, en contra de la legislación vigente.

5. En fecha 17 de Junio 2020, la paciente fue dada de "alta sanatorial", sin prescripción alguna de tratamiento o terapia de rehabilitación7, el cual XXX inició por su cuenta en un centro asistencial de calle XXXX, de Rosario, contratando -a su costo- un kinesiólogo particular, del cual hablaremos más adelante.

6. Durante ese período posoperatorio inmediato, la paciente fue diariamente observando la gradual formación de un absceso en la zona quirúrgica, el cual fue aumentando de tamaño

hasta que, en un determinado momento, el mismo reventó, causando dolor e importante incomodidad.

ATENCIÓN EN EL "HOSPITAL YYYY (otro lugar de atención)

7. Para el tratamiento de dicha condición, XXXX mantuvo una consulta con el Dr. BBB, infectólogo del "HOSPITAL YYY", quien diagnosticó la necesidad de practicar una "toilette" en la zona quirúrgica, y posterior análisis bacteriológico del material que se extrajera

8. El día 29 de Octubre del 2020, el médico BBB, infectólogo, entrevistó a la actora; en la hoja de la "hc-YYY" y con la fecha anterior, obra la constancia de dicha consulta cuyo motivo fue: "infección asociada a artroplastia cadera".

9. Bajo el título "Enfermedad actual", la historia clínica del "HOSPITAL YYYY", reza: "13.6.20 Artroplastía por fractura cadera derecha (Sanatorio XXXX). 19.9.20 Supuración por orificio pustuloso." Luego, con el título "Tratamiento. Derivo OyT para evaluación, debridamiento y retención más toma de muestras para cultivo." INFECCIÓN NOSOCOMIAL.

10. A partir de ese momento quedó claro que la prótesis insertada en el "SANATORIO XXXX", por el Dr. XXXX, había causado una infección en el organismo de la actora, la cual revistió un origen intrahospitalario.

11. Con fecha 21 Nov. 2020, las constancias médicas muestran la existencia de un "Protocolo Quirúrgico", con la intervención del Dr. AAA, quien realizó una "toilette cadera izq."

12. La intervención se llevó a cabo con un "Diagnóstico" de "infección periprotésica cadera izq."

(……)

13. Con fecha 24 Nov. 2020, obra un registro en la hoja "Sala-Evolución", que dice: "Bacteriología informa cultivos Kleb Blee.". Ello prueba que la actora padecía una infección generada por la bacteria "Klebsiella Pneumoniae Blee". Con la misma fecha, renglones más abajo obra un registro que dice: "Cultivos de material quirúrgico, Kleb Blee … Roto ATB a Imipenem."

14. Finalmente, al pie de la misma foja, pero con fecha 25 Nov. 2020, obra una constancia firmada por la Dra. DDD, infectóloga, que dice: "Paciente de 74 años de edad que cursa internación por infección protésica cadera derecha con requerimiento de toilette y retención de material con rescate Klebsiella Pneumoniae Blee, en tratamiento con Imipenem."

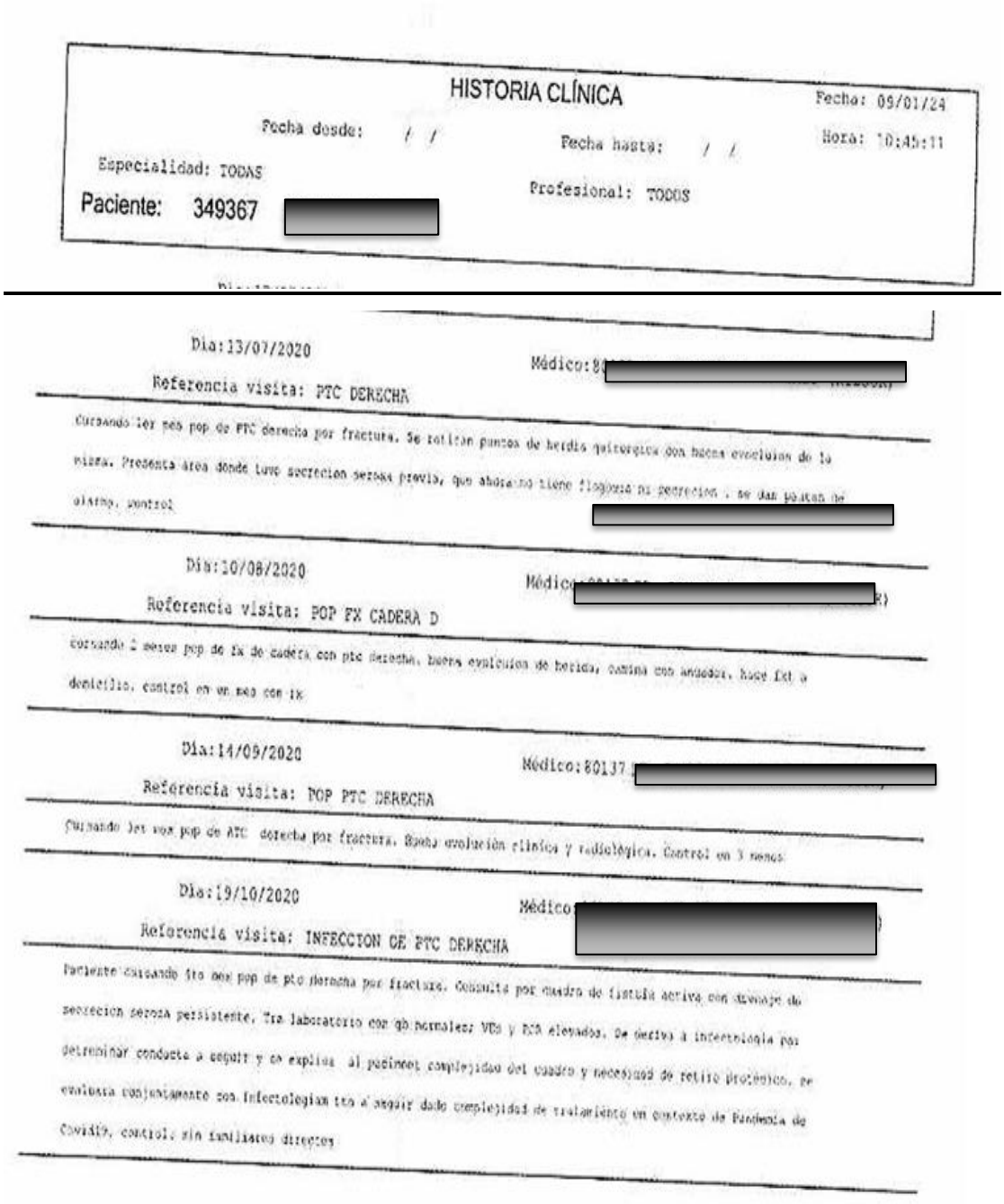
(…)

El retiro de la prótesis se llevó a cabo en fecha 01 Nov. 2021, en el "HOSPITAL YYY"

A partir de esa fecha, y hasta el presente, XXXX ha quedado sin prótesis de cadera derecha, y con la extremidad inferior del mismo lado casi 8 cm más corta que la izquierda, lo que la obligó a mudarse a un hospital geriátrico y a movilizarse en silla de ruedas o "andador"

(….)

**Fragmentos de la historia clínica aportada en el expediente**



HISTORIA CLÍNICA

Fecha: 09/01/24

Fecha desde: / /

Fecha hasta: / /

Hora: 10:45:11

Especialidad: TODAS

Profesional: TODOS

Paciente: 349367 [redacted]

Dia:13/07/2020

Médico: [redacted]

Referencia visita: PTC DERECHA

Cursando 1er pos pop de PTC derecha por fractura. Se retiran puntos de herida quirurgica con buena evolucion de la misma. Presenta area donde tuvo secrecion serosa previa, que ahora no tiene flogosis ni secrecion , se dan pautas de alarma. control [redacted]

Dia:10/08/2020

Médico: [redacted]

Referencia visita: POP FX CADERA D

cursando 2 meses pop de fx de cadera con ptc derecha, buena evolucion de herida, camina con andador, hace fxt a domicilio. control en un mes con rx

Dia:14/09/2020

Médico: [redacted]

Referencia visita: POP PTC DERECHA

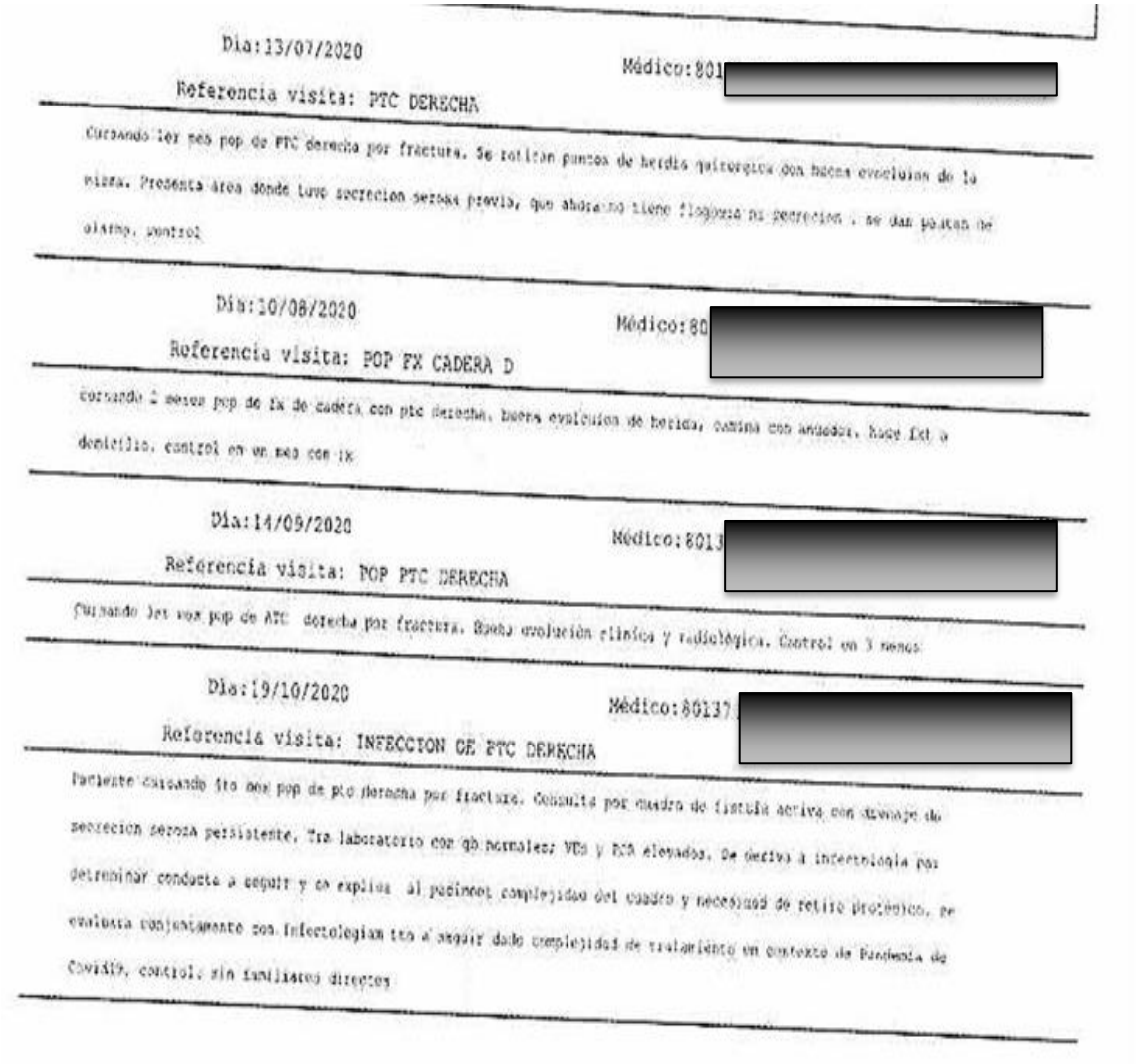
Cursando 3er mes pop de ATC derecha por fractura. Buena evolución clínica y radiológica. Control en 3 meses

Dia:19/10/2020

Médico: [redacted]

Referencia visita: INFECCION DE PTC DERECHA

Paciente cursando 4to mes pop de ptc derecha por fractura. Consulta por cuadro de fistula activa con drenaje de secrecion serosa persistente. Trae laboratorio con qb normales; VSG y PCR elevados. Se deriva a infectologia por determinar conducta a seguir y se explica al paciente complejidad del cuadro y necesidad de retiro protésico. se evalúa conjuntamente con infectologia 4to a seguir dada complejidad de tratamiento en contexto de Pandemia de Covid19. control; sin familiares directos



Dia:13/07/2020 Médico:801 [redacted]

Referencia visita: PTC DERECHA

Cursando 1er mes pop de PTC derecha por fractura. Se retiran puntos de herida quirurgica con buena evolucion de la misma. Presenta area donde tuvo secrecion serosa previa, que ahora no tiene flogosis ni secrecion . se dan pautas de alarma. control

Dia:10/08/2020 Médico:80 [redacted]

Referencia visita: POP FX CADERA D

cursando 2 meses pop de fx de cadera con ptc derecha. buena evolucion de herida, camina con andador. hace fct a domicilio. control en un mes con rx

Dia:14/09/2020 Médico:8013 [redacted]

Referencia visita: POP PTC DERECHA

Cursando 3er mes pop de ATC derecha por fractura. Buena evolución clínica y radiológica. Control en 3 meses

Dia:19/10/2020 Médico:80137 [redacted]

Referencia visita: INFECCION DE PTC DERECHA

Paciente cursando 4to mes pop de ptc derecha por fractura. Consulta por cuadro de fistula activa con drenaje de secrecion serosa persistente. Trae laboratorio con qb normales; VSG y PCR elevados. Se deriva a infectologia para determinar conducta a seguir y se explica al paciente complejidad del cuadro y necesidad de retiro protésico. se evalúa conjuntamente con infectologian tto a seguir dada complejidad de tratamiento en contexto de Pandemia de Covid19. control. sin familiares directos

Hoja: 1

## INGRESO

ESTADO AL INGRESO Lúcido S Confuso N Excitado N En Coma N

Motivo de la Consulta:

SINCOPE- COXARTRALGIA DERECHA

Enfermedad Actual:

PACIENTE ES DERIVADA POR AMBULANCIA POR CUADRO DE COXARTRALGIA POR CAIDA DE PROPIA ALTURA SECUNDARIO A SINCOPE LE COSTATA MEDICO DE AMBULANCIA HIPOTENSION .

ANTECEDENTES PERSONALES DBT N Ins. Card. N ICR N Conv. N Epoc N Card.Isq. N HTA N ACV N

Otros:

HTA- HIPOTIROIDISMO

Antecedentes Familiares:

Alergias:

NIEGA

Quirúrgicos:

CX NARIZ Y GARGANTA

Medicación Actual:

VALSARTAN 80 MG DIA- T4 100MCG DIA

EXAMEN FÍSICO

Presión Arterial: - Temperatura: 36,0 Frecuencia Cardiaca: 75 Frecuencia Respiratoria: 13

Examen Físico:

VIGIL ORIENTADA MUCOSAS SECAS VIGIL ORIENTADA SIN FOCO NEUROLOGICO NI RIGIDEZ< DE NUCA PIRS
CV RUIDOS NETOS SILENCISO LIBRES RESP BEBA SIN RUIDOS AGREGADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE INDOLORO
MMII DER ACORTAMIENTO Y ROTACION DOLOR A LA PALPACION DE CADERA DERECHA

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Laboratorio | S | Rx Cráneo | N | Rx Torax | S | Rx Abdomen | N | RX Miembros | N |
| Eco Abdomen | N | TAC Cráneo | N | TAC Torax | N | TAC Abdomen | N | TAC Miembros | N |

Otros:

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Presuntivo:

SINCOPE COXARTRALGIA

Plan Diag.-Terapéutico:

SE INTERNA PARA DG Y TTO

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA IMPLANTACION DE PROTESIS DE CADERA. AAOT

**Ley 26529**

Además de la información oral facilitado por su médico sobre su enfermedad, usted debe saber que el propósito principal de los detalles transcriptos a continuación, es que conozca el procedimiento al que va a ser sometido, las complicaciones más frecuentes del mismo y las alternativas terapéuticas al tratamiento indicado por su doctor.

Lea atentamente este documento y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen. Por imperio de las leyes mencionadas arriba, usted o su representante legal deberá firmar el consentimiento para poder realizarle la intervención.

## DETALLES DE LA INTERVENCIÓN

La intervención consiste en sustituir la articulación enferma y reemplazarla por una artificial llamada prótesis. Dicha prótesis puede ser de plástico, de cerámica o de metal y puede fijarse con o sin cemento, dependiendo de las circunstancias del paciente.

El objetivo de la intervención consiste en intentar aliviar el dolor, mejorar la movilidad y la incapacidad de la cadera afectada por distintos procesos articulares o una fractura desplazada de cuello de fémur.

El procedimiento habitualmente precisa anestesia general o regional. El servicio de Anestesia estudiará sus características personales, informándole en su caso cual es la más adecuada.

Puede ser necesaria la administración de la medicación oportuna para reducir la incidencia de dos de las complicaciones principales: aparición de trombosis en las venas o infección después de la operación.

Para implantar la prótesis es necesario extirpar parte del hueso de la articulación y su adaptación puede tener como consecuencia el alargamiento o el acortamiento de la pierna intervenida. Durante la operación existe una pérdida de sangre que puede requerir transfusiones sanguíneas. El servicio de Hematología le informará de las complicaciones de las mismas.

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la operada, debidas a la cirugía y a la adaptación de los músculos de la zona. Estas molestias se pueden prolongar durante algún tiempo o hacerse continuas.

Puede precisar reposo de la articulación, en cama o bien caminar sin apoyar dicha pierna, según el tipo y fijación del implante. Igualmente recibirá instrucciones sobre la rehabilitación a realizar, los movimientos a evitar y cómo utilizar los bastones.

La fuerza muscular se recupera parcialmente cuando el dolor desaparece. La movilidad de la articulación suele mejorar, aunque el grado de recuperación depende de lo rígida que estuviera antes de la intervención.

La prótesis no es una intervención definitiva, ya que se desgasta o se afloja con el tiempo y puede requerir otra intervención (más frecuentemente en los pacientes más jóvenes o los más activos).

**RIESGOS HABITUALES**

Toda intervención quirúrgica lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias, que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
Las complicaciones más importantes de la implantación de una prótesis de cadera son:
- Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte.
- Infección de la prótesis: Esta puede ser superficial (se puede resolver con limpieza local y antibióticos) o profunda (generalmente hay que retirar el implante). Dicha complicación puede ocurrir incluso años después de la intervención. Cuando se efectúe otra intervención o una manipulación dental puede diseminarse una infección por la sangre, pudiendo afectar a su prótesis. Por dicho motivo lo deberá especificar al médico encargado del proceso. Habitualmente se requiere el uso de antibióticos orales o endovenosos por periodos prolongados.
-Lesión de los nervios de la extremidad, ciático y crural fundamentalmente, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva y generar una severa discapacidad.
- Lesión de los vasos de la extremidad. Si la lesión es irreversible puede requerir la amputación de la extremidad.
- Rotura o perforación de un hueso al colocar la prótesis o más tardíamente.
- Luxación: En la mayoría de los casos puede colocarse en su sitio sin necesidad de operar. En otras ocasiones hay que cambiar el implante. Tras la luxación suele colocarse un aparato externo para mantener la articulación en su sitio.

- Limitación de la movilidad de la articulación secundaria en general a la aparición de calcificaciones o de cicatrices adherentes alrededor de la prótesis.
- Cojera persistente condicionada por pérdida de fuerza y/o diferentes causas expuestas anteriormente.
- De forma poco habitual pueden existir complicaciones como la bajada de la tensión arterial al realizar la fijación de la prótesis, que puede conducir a que se pare el corazón y origine la muerte, fallo renal por compresión de la pierna contraria, reacción alérgica / toxicidad debida al material implantado, arrancamientos tendinosos, descalcificación con inflamación de la zona (atrofia ósea), falta de unión de un fragmento de hueso que durante la operación puede tener que cortarse para realizar la operación.

**RIESGOS PROPIOS DEL PACIENTE**

-
-
-
-

**TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS**

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico antiinflamatorio, efectuar reposo relativo de la articulación, descargarla usando un bastón o intentando perder peso. Dicho tratamiento sólo mejora los síntomas no deteniendo el desgaste progresivo de la misma.

Declaro que he sido informado por los médicos de los riesgos de la cirugía de prótesis de cadera y que me han explicado las posibles alternativas. Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación no me han sido garantizados la obtención de los mismos.
En consecuencia doy mi consentimiento para la realización de la intervención.

Firma del paciente..... Aclaración.....

Documento.....

Firma del fam[redacted]ón...[redacted].....

Documento...[redacted]

[redacted]rma del médico..... Aclaración.....

[redacted]mbre del representante legal en caso de incapacidad del paciente con indicación del carácter en que [redacted]erviene (padre, madre, tutor, etc.):

Firma..... .....Aclaración.....

Documento.....Carácter.....

En....., a.....días del mes de.....de.....

**Guía de Observación y Preguntas a Resolver sobre Historias Clínicas:**

1) Analice los hechos que surgen de la demanda.

2) Analice la historia clínica.

3) Establezca si la correlación de fechas de consultas y hechos referidos al estado de salud del reclamante, establecido en el escrito de demanda, coincide con la cronología que surge de la historia clínica.

4) Explique si la historia clínica luce completa, cronológica y foliada o tiene falencias y errores en la confección. Si los tiene, ¿cuáles son?

5) Explique si la historia clínica fue confeccionada conforme a lo establecido por la Ley de Derechos del Paciente.

6) ¿Qué mejoraría en la confección de la historia clínica?

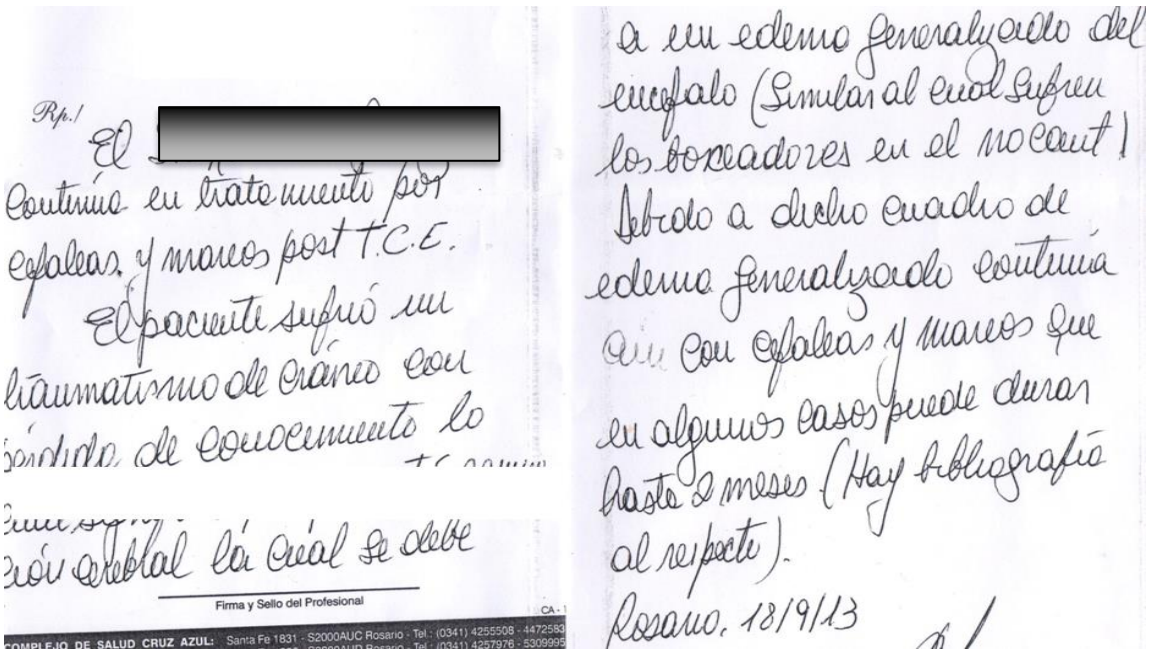
7) Explique si considera que las eventuales deficiencias que usted ha observado en la historia clínica pudieron haber favorecido o dado justificación a la demanda entablada por el letrado de la actora.

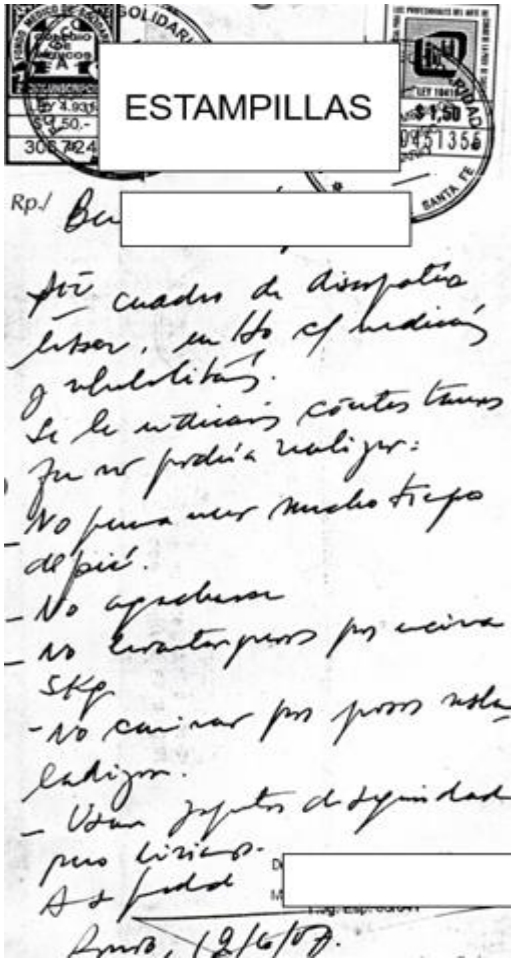
8) Explique si del análisis de la historia clínica surge claramente el diagnóstico de ingreso del actor.

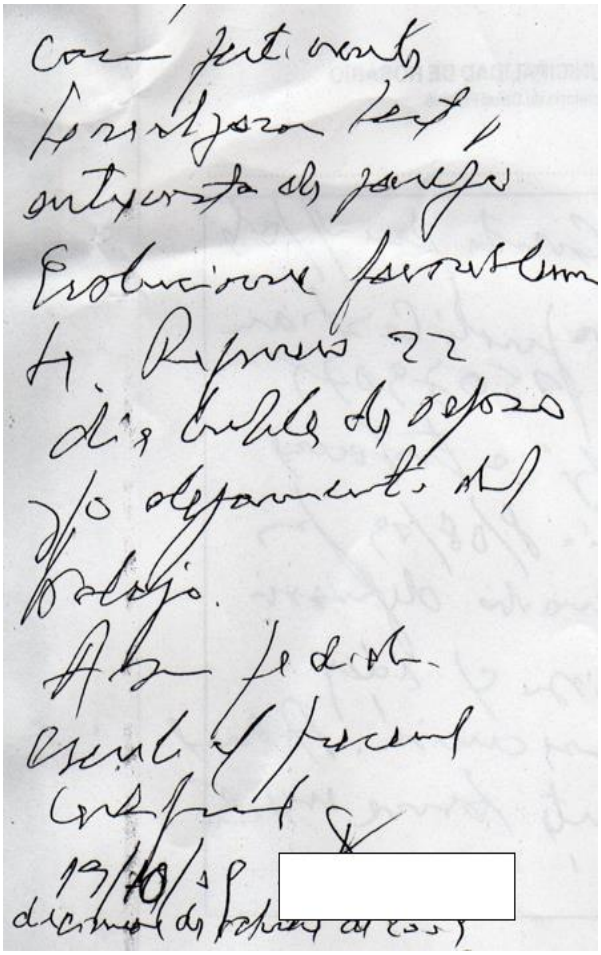
9) Explique si del análisis de la historia clínica usted puede determinar claramente cuál ha sido la evolución de la patología del actor.

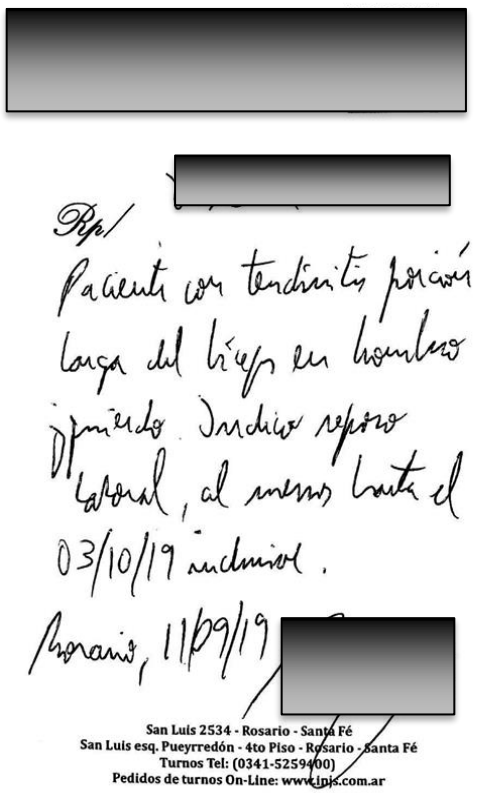
10) Explique si del análisis de la historia clínica surge claramente el tratamiento instituido por los médicos responsables.

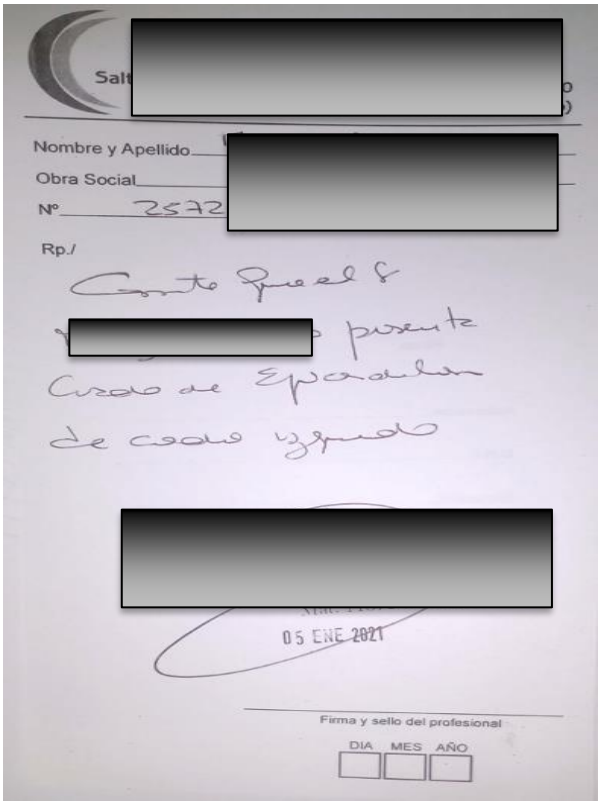
**Actividad sobre Certificados Médicos**


Rp./
El [redacted]
Continúa en tratamiento por cefaleas y mareos post T.C.E.
El paciente sufrió un traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento lo
Firma y Sello del Profesional
COMPLEJO DE SALUD CRUZ AZUL: Santa Fe 1831 - S2000AUC Rosario - Tel.: (0341) 4255508 - 4472583
a un edema generalizado del encefalo (Similar al cual Sufren los boxeadores en el nocaut)
Debido a dicho cuadro de edema generalizado continúa con cefaleas y mareos que en algunos casos puede durar hasta 2 meses (Hay bibliografía al respecto).
Rosario. 18/9/13


ESTAMPILLAS
Rp./
Rosario, 12/6/19.




Rp./
Paciente con tendinitis porción larga del bíceps en hombro izquierdo. Indicio reposo laboral, al menos hasta el 03/10/19 inclusive.
Rosario, 11/09/19
San Luis 2534 - Rosario - Santa Fé
San Luis esq. Pueyrredón - 4to Piso - Rosario - Santa Fé
Turnos Tel: (0341-5259400)
Pedidos de turnos On-Line: www.ipjs.com.ar


Nombre y Apellido
Obra Social
Nº 2572
Rp./
05 ENE 2021
Firma y sello del profesional
DIA MES AÑO

**Guía de Observación y Preguntas a Resolver sobre Certificados Médicos:**

1) Analice el certificado médico.

2) Explique si la redacción del certificado médico luce acorde a las pautas recomendadas o tiene falencias y errores en la confección. Si los tiene, ¿cuáles son?

3) Las eventuales deficiencias observadas, ¿corresponden a cuestiones de fondo o de forma? Fundamente su respuesta y distinga estas cuestiones.

4) ¿Qué mejoraría en la confección del certificado médico evaluado?

5) Explique si del análisis del certificado médico surge claramente el diagnóstico del paciente.

6) Para el caso de que haya observado falencias en la redacción del certificado médico observado, y tomando como referencia el mismo, sírvase redactar correctamente rehaciendo la redacción de esta documentación, conforme a las pautas de fondo y forma que conoce.