



Confederación Ecuatoriana
de Profesionales de la Salud



CONFEDERACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD FEDERACIÓN MÉDICA ECUATORIANA PLATAFORMA POR LA SALUD Y LA VIDA-PSV

ANÁLISIS Y PROPUESTAS PARA EL COS APROBADO EN PRIMER DEBATE

Este es el segundo borrador del análisis del Código Orgánico de Salud aprobado en primer debate por la Asamblea Nacional, este trabajo fue elaborado en base a varios aportes de los profesionales de la salud agrupados en la Confederación Ecuatoriana de Profesionales de la Salud, también se recogieron los aportes de compañeros dirigentes y agremiados de la Federación Médica Ecuatoriana y de los activistas e integrantes de la Plataforma por la Salud y la Vida.

Es importante que los gremios y la población asuma este debate como propio. Está en juego el futuro de la salud de todos los ecuatorianos y fundamentalmente de los trabajadores y profesionales de la salud.

Estimado/a lector si tiene algún punto de vista que desea compartir, alguna observación o crítica estaremos gustosos de recibirla a los siguientes correos electrónicos: info@ceps-ec.com - janarvaezo@gmail.com

Personas responsables del documento:

Alberto Narvárez Olalla. MD, PhD

Lcda. Patricia Gavilánez

Dr. Gorky Espinoza

Dr. José Eras Pazmiño

Dr. Miguel López

Obst. Eréndira Betancourt

Obst. Lorena Ganchozo

Lcda. Silvia Mosquera

Lcda. Elida Hidalgo



ANÁLISIS Y PROPUESTAS PARA EL COS APROBADO EN PRIMER DEBATE CAPÍTULO III. TALENTO HUMANO EN SALUD

1. SECCIÓN I. NORMAS COMUNES

1.1. Derechos laborales

En el Capítulo III del COS aprobado en primer debate no se garantizan los derechos laborales de los trabajadores sanitarios. Los siguientes aspectos son derechos no negociables para los profesionales de la salud:

Estabilidad y precarización laboral.- A través de un articulado ambiguo, sin ninguna restricción se permitirá contratar profesionales con la figura de servicios profesionales (por facturación), eliminando la estabilidad laboral.

Jornadas especiales reducidas.- Los convenios que el Ecuador ha firmado con la OIT establece que los agentes de salud sometidos a altos riesgos y exigencias laborales (turnos extensivos, número de pacientes atendidos, tiempo de descanso) tenemos derecho a jornadas especiales reducidas (120 horas mensuales) y al pago de horas suplementarias y extraordinarias por turnos nocturnos y de fines de semana o días festivos.

Carrera sanitaria.- El Art. 61 sobre la creación de Carrera Sanitaria mantendrá la política de congelamiento salarial; por lo que este artículo debe incluir la política de promoción horizontal ligada al proceso de recertificación. Los profesionales especialistas en salud pública (gerencia y Epidemiología) y los que ejercen actividades administrativas deben tener un régimen especial de carrera sanitaria que revalorice su trabajo y le ponga en condiciones salariales similares a los profesionales de atención directa al paciente.

COS primer debate	Propuesta FME, CPS y PSV	Argumentos
<p>Artículo 56.- Profesionales de la salud.- Se consideran profesionales de la salud a todos aquellos que ostenten título de tercer nivel relacionado a la salud individual o colectiva o sus factores determinantes, debidamente reconocido por las entidades competentes. La Autoridad Sanitaria Nacional regulará el ejercicio profesional y determinará el listado de profesionales de la salud. El ejercicio de los profesionales de la salud se sujetará a las disposiciones de este Código y a</p>	<p>Artículo 56.- Profesionales de la salud.- Se consideran profesionales de la salud a todos aquellos que ostenten título de tercer o cuarto nivel relacionado a la salud individual o colectiva o sus factores determinantes, debidamente reconocido por las entidades competentes. La Autoridad Sanitaria Nacional regulará el ejercicio profesional y determinará el listado de profesionales de la salud. El ejercicio de los profesionales de la salud se sujetará a las</p>	<p>En salud pública hay muchos sociólogos, antropólogos, economistas, estadísticos etc., con maestrías o doctorados en administración, gerencia, Epidemiología u otras especialidades relacionadas a la salud individual o colectiva o sus factores determinantes, etc. Que deben incluirse en la carrera</p>



<p>las normas que emita la Autoridad Sanitaria Nacional.</p>	<p><i>disposiciones de este Código y a las normas que emita la Autoridad Sanitaria Nacional.</i></p>	<p>sanitaria.</p>
<p>Artículo 57.- Ámbito del ejercicio profesional.- Los médicos en proceso de formación de especialidad podrán realizar los procedimientos de especialidad, acorde a su nivel de formación. Los médicos no especializados o que no estén en proceso de formación de especialidad médica solo podrán practicar procedimientos de especialidad en casos de urgencia, emergencia o por limitaciones de acceso geográfico, cuando no pueda contarse con médico especializado para el efecto. Los médicos especializados en anestesiología serán los únicos responsables y autorizados para el ejercicio de esta especialidad. Los médicos no especializados en anestesiología y los profesionales en odontología, podrán practicar procedimientos anestésicos, de anestesia local y regional, en los casos propios de su ejercicio profesional ordinario y habitual, siempre que no implique riesgo grave para la salud del paciente. En el caso de emergencias médicas, los profesionales de la salud estarán facultados a realizar procedimientos que superen su nivel de formación académica, formación continua, capacitación y experiencia en la práctica profesional, siempre que no existan otros profesionales disponibles con la capacidad resolutive de atender la emergencia, debiendo actuar de acuerdo a los conocimientos y habilidades adquiridas en la práctica, garantizando el</p>	<p>Artículo 57.- Ámbito del ejercicio profesional.- Los médicos médicos profesionales de la salud en proceso de formación de especialidad podrán realizar los procedimientos de especialidad, acorde a su nivel de formación. Los médicos no especializados o que no estén en proceso de formación de especialidad médica solo podrán practicar procedimientos de especialidad en casos de urgencia, emergencia o por limitaciones de acceso geográfico, cuando no pueda contarse con médico especializado para el efecto, previo un proceso de extensión de privilegios emitido por la autoridad sanitaria nacional. Los médicos especializados en anestesiología serán los únicos responsables y autorizados para el ejercicio de esta especialidad. Los médicos no especializados en anestesiología, los profesionales en odontología y obstetricia, podrán practicar procedimientos anestésicos, de anestesia local y regional, en los casos propios de su ejercicio profesional ordinario y habitual, siempre que no implique riesgo grave para la salud del paciente. En el caso de emergencias médicas, los profesionales de la salud estarán facultados a realizar procedimientos que superen su nivel de formación académica, formación continua, capacitación y experiencia en la práctica profesional, siempre que no existan otros</p>	<p>Cambiar el término médicos por el de profesionales de la salud.</p> <p>Todo profesional de salud que trabaja en lugares donde no hay especialistas, podrá realizar procedimientos de especialidad, previo a demostrar que, están capacitados para ejercer estos procedimientos a lo que se denomina "extensión de preferencias". Ejemplo un medico general podrá realizar apendicetomías, cesáreas no complicadas. Este proceso puede realizarse en Hospitales Provinciales por especialistas.</p> <p>Debe incluirse a obstetricas y obstetras en la práctica de procedimientos anestésicos.</p>



<p>cumplimiento de los principios de la bioética. Se prohíbe aplicar procedimientos anestésicos y llevar a cabo intervenciones quirúrgicas por parte del mismo médico en forma simultánea, salvo los casos de emergencia médica.</p> <p>Se considerará, también, como ejercicio profesional de la salud el que realicen profesionales de la salud que ostente títulos de cuarto nivel relacionados a las labores de planificación, coordinación o administración de acciones de salud pública y servicios de salud; y, otras acciones vinculadas a la gobernanza, regulación, vigilancia, control, provisión, promoción e investigación en salud.</p> <p>Los profesionales de la salud deberán declarar, de ser el caso, su conflicto de interés respecto del desempeño de sus actividades.</p>	<p><i>profesionales disponibles con la capacidad resolutive de atender la emergencia, debiendo actuar de acuerdo a los conocimientos y habilidades adquiridas en la práctica, garantizando el cumplimiento de los principios de la bioética. Se prohíbe aplicar procedimientos anestésicos y llevar a cabo intervenciones quirúrgicas por parte del mismo médico en forma simultánea, salvo los casos de emergencia médica. Se considerará, también, como ejercicio profesional de la salud el que realicen profesionales de la salud que ostente títulos de cuarto nivel relacionados a las labores de planificación, coordinación o administración de acciones de salud pública y servicios de salud; y, otras acciones vinculadas a la gobernanza, regulación, vigilancia, control, provisión, promoción e investigación en salud.</i></p> <p><i>Los profesionales de la salud deberán declarar, de ser el caso, su conflicto de interés respecto del desempeño de sus actividades.</i></p>	
<p>Artículo. 58.- Federaciones, colegios, sociedades, y asociaciones de profesionales, personal técnico, tecnológico y personal de apoyo de la Salud.- Los profesionales, técnicos, tecnólogos y personal de apoyo en salud podrán constituir federaciones, colegios de profesionales de la salud, sociedades científicas, asociaciones, entre otras, con el objetivo de promover y defender los derechos de sus miembros, impulsar su capacitación permanente, vigilar el</p>	<p><i>Artículo. 58.- Federaciones, colegios, sociedades, sindicatos y asociaciones de profesionales, personal técnico, tecnológico y personal de apoyo de la Salud.- Los profesionales, técnicos, tecnólogos y personal de apoyo en salud podrán constituir federaciones, colegios de profesionales de la salud, sociedades científicas, asociaciones, sindicatos, entre otras, con el objetivo de promover y defender los derechos de sus miembros,</i></p>	<p>Incluir la palabra "sindicatos" La última reforma a la LOSEP permite que los servidores públicos puedan organizar sindicatos.</p>



<p>cumplimiento de sus obligaciones; y, coadyuvar con los objetivos y lineamientos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.</p>	<p><i>impulsar su capacitación permanente, vigilar el cumplimiento de sus obligaciones; y, coadyuvar con los objetivos y lineamientos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.</i></p>	
--	---	--

1.2. Prácticas de salud ancestral, alternativas y complementarias

COS primer debate	<i>Propuesta FME, CPS y PSV</i>	Argumentos
<p>Artículo 60.- Personas en la Práctica de la medicina ancestral y terapias complementarias.- La Autoridad Sanitaria Nacional emitirá la normativa para regular, vigilar y controlar la práctica de las terapias complementarias, reconocerá y promoverá la medicina ancestral.</p>	<p>Artículo 60.- Personas en la Práctica de la medicina ancestral y terapias alternativas y complementarias.- La Autoridad Sanitaria Nacional emitirá la normativa para regular, vigilar y controlar la práctica de las terapias alternativas y complementarias, reconocerá y promoverá la medicina ancestral.</p>	<p>Incluir terapias alternativas como la acupuntura. La Constitución de Montecristi de 2008 estipula que el Estado será responsable de “garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos”.</p>

1.3. Carrera Sanitaria

Texto original	<i>Redacción propuesta</i>	Comentario
----------------	----------------------------	-------------------



<p>Artículo 61.- Carrera Sanitaria Pública.- Se crea, reconoce y garantiza la Carrera Sanitaria Pública como un sistema integrado jurídica y administrativamente, que articula la gestión del talento humano para el ingreso, desarrollo integral, remuneración adecuada, reconocimiento, promoción, permanencia y desvinculación del talento humano en salud que preste servicios en la Red Pública Integral de Salud.</p>	<p>Artículo 61.- Carrera Sanitaria Pública.- Se crea, reconoce y garantiza la Carrera Sanitaria Pública como un sistema integrado jurídica y administrativamente, que articula la gestión del talento humano para el ingreso, desarrollo integral, remuneración adecuada, reconocimiento, <i>promoción y ascenso</i>, permanencia y desvinculación del talento humano en salud que preste servicios en la Red Pública Integral de Salud.</p>	<p>Carrera Sanitaria, tal como está formulado este artículo, mantendrá la política de congelamiento salarial y ninguna posibilidad de ascenso, por lo que este artículo debe incluir la política de promoción horizontal (ascenso) ligada al proceso de recertificación.</p>
<p>La carrera sanitaria considerará los siguientes parámetros: ingreso, movilidad, formación, educación continua, investigación, docencia, reconocimiento al buen desempeño, actividades en comisiones institucionales y comités, evaluación, planes de salida y sucesión; y, otros que determine la ley, el Reglamento que se dicte para el efecto y más normas aplicables que dicte la Autoridad Sanitaria Nacional, para dicho efecto se instituirá el régimen especial de administración de personal.</p>	<p><i>La carrera sanitaria considerará los siguientes parámetros: ingreso, movilidad, formación, educación continua, investigación, docencia, reconocimiento al buen desempeño, actividades en comisiones institucionales y comités, evaluación, planes de salida y sucesión, riesgos y exigencias laborales, riesgo de demandas por errores sanitarios; y, otros que determine la ley, el Reglamento que se dicte para el efecto y más normas aplicables que dicte la Autoridad Sanitaria Nacional, para dicho efecto se instituirá el régimen especial de administración de personal.</i></p>	<p>La Carrera sanitaria debe incluir como criterios: i) la exposición a riesgos y exigencias laborales (turnos nocturnos, número de consultas por hora), ii) riesgo de demandas civiles o penales por errores sanitarios).</p>
	<p><i>La Autoridad Sanitaria Nacional promoverá y desarrollará un sistema nacional de educación continua de los profesionales sanitarios, para promover su desarrollo integral y mejorar la calidad del desempeño laboral, implementando para el efecto un régimen de ascenso y promoción ligado a la evaluación y recertificación o renovación de licencia profesional.</i></p>	<p>Tanto para Carrera Sanitaria como para renovación de la licencia se necesita se desarrolle u Sistema Nacional de Educación Continua en el que deben incluirse a gremios sociedades científicas, universidades.</p>



Confederación Ecuatoriana
de Profesionales de la Salud



1.4. Estabilidad, precarización laboral y seguridad social

A través del Art. 62, se establece que en la Red Pública Integral de Salud se podrán contratar sin ninguna restricción profesionales con la figura de servicios profesionales (por facturación), eliminando la estabilidad laboral y el derecho a seguridad social. Es necesario establecer restricciones a este artículo.

Existen otras alternativas para cumplir el objetivo de este artículo, que es satisfacer la demanda de atención especializada, por el déficit de especialistas que hay en el país. Una de estas alternativas es la emisión de Certificados de Declaración Preferencia a profesionales que no tienen título de especialidad o subespecialidad pero están capacitados para realizar procedimientos.

En relación a seguridad social se define que se contratarán seguros de vida restringidos a unidades operativas de alto riesgo. Sin embargo restringe este derecho solo a unidades de alto riesgo. Para definir qué unidades son de alto riesgo se formulará una normativa.



Texto original	Redacción propuesta	Comentario
<p>Artículo 62.- Contratación de servicios por honorarios profesionales.- Los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud podrán contratar profesionales de salud, técnicos y tecnólogos en salud, en modalidad de prestación de servicios profesionales, de conformidad con la Ley y la normativa que emita para el efecto la Autoridad Sanitaria Nacional.</p>	<p>Artículo 62.- Contratación de servicios por honorarios profesionales.- Los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud podrán contratar profesionales de salud, técnicos y tecnólogos en salud, en modalidad de prestación de servicios profesionales, de conformidad con la Ley y la normativa que emita para el efecto la Autoridad Sanitaria Nacional.</p>	<p>Artículo eliminado por el Ministerio de</p>
	<p>Art. Extensión de preferencias.- La autoridad sanitaria nacional emitirá certificados de extensión de preferencias a profesionales no especialistas para facultarles a ejecutar procedimientos restringidos a especialistas.</p>	<p>Otra alternativas para resolver el déficit de especialistas es la emisión de Certificados de Extensión Preferencia a profesionales que no tienen título de especialidad o subespecialidad pero están capacitados para realizar procedimientos.</p>
<p>Artículo 63.- Seguro de vida.- Los establecimientos de salud públicos que determine la Autoridad Sanitaria Nacional, contratarán seguros de vida para sus profesionales y demás personal de salud cuando presten servicios en unidades operativas de alto riesgo, conforme la normativa que emita dicha Autoridad para el efecto.</p>	<p>Artículo 63.- Seguro de vida.- Los establecimientos de salud públicos que determine la Autoridad Sanitaria Nacional, contratarán seguros de vida para sus profesionales y demás personal de salud cuando presten servicios en unidades operativas de alto riesgo, conforme la normativa que emita dicha Autoridad para el efecto.</p>	<p>Artículo eliminado</p>

1.5. Corresponsabilidad de pago de seguros por responsabilidad profesional de instituciones empleadoras públicas o privadas

En la propuesta del COS aprobada en primer debate no consta el compromiso que adquirió el presidente de la Republica en 30 de Enero del 2014 de incluir en el COS el cofinanciamiento de los seguros de responsabilidad profesional.



La literatura científica reporta que los errores médicos son muy frecuentes (3.5 a 40%). Muchos de los errores tienen la raíz o el origen del evento no son resultados de un acto individual, sino de múltiples acontecimientos médicos y sanitarios; estos tienen su causa en los sistemas institucionales y no necesariamente en las personas, y que el 95% de los errores ha sido cometido por personal bien entrenado (González-Hermoso 2001). En otros estudios se reporta que cerca del 70% son errores indirectos es decir atribuidos al sistema, a carencias o mala calidad de insumos o medicamentos.

Solicitamos que se legisle para que en las instituciones públicas y privadas sea obligatorio el seguro por responsabilidad civil profesional, con por lo menos tres coberturas: asesoría jurídica y defensa, indemnizaciones y contrademandas.

Aunque nuestra propuesta inicial fue que este seguro debe ser cofinanciado en un 70% por la institución, considerando que esto puede generar un incremento excesivo de demandas y denuncias, proponemos que se incluya en las remuneraciones de los profesionales de la salud un incremento de sueldo. Para servidores públicos se realizará a través de re categorización en función del riesgo de demandas que registran las empresas aseguradoras.

A continuación exponemos los argumentos jurídicos y técnicos de esta petición.

La Constitución en el Art. 32 garantiza que el Estado genere políticas económicas, sociales, entre otras, que permitan el acceso permanente y oportuno, acciones y servicios integrales de salud. Así mismo el Art. 314, inciso segundo, Art. 363.2.3 señalan al Estado como responsable de fortalecer los servicios estatales de salud. Concordantes con tal premisa, la Ley Orgánica de la Salud, en los Arts. 4; 9 literal i); 10; 52; 54; 62 inciso segundo; 129; 171; 181; 201; 203; por citar algunos, señalan la obligatoriedad de las entidades gubernamentales de generar acciones que permitan dotar de un servicio de salud adecuado, oportuno, con calidad y calidez; así como determina las atribuciones, funciones y alcance de los profesionales y servicios médicos.

Sobre la base del art. 54 de la Constitución Política, inciso final, como se ha dicho , se incorporó en el art. 146 del COIP, el delito culposo por mala práctica profesional, para efectos de responsabilidad punitiva por infringir el deber objetivo de cuidado, descritos en dicha tipicidad. Para eventuales responsabilidades de carácter civil y administrativo, se prevé determinar, tablas, baremo y montos de eventuales indemnizaciones, en otras normativas que pedimos ser incorporados en tales formulaciones, al ser directamente involucrados.

Según la literatura especializada más del 70% de los errores médicos se deberían a falencias, carencias, limitaciones que, pese a los esfuerzos institucionales, se presentan en el sistema de salud; particularmente en lo relacionado a la dotación oportuna de personal operativo y especializado; recursos e insumos hospitalarios. Estos factores no dependientes de los profesionales de la salud inciden en el funcionamiento de las unidades de salud y hospitalaria, como en el desempeño de sus integrantes, generando preocupaciones en los gestores de la salud al estar expuestos individual, solidaria o subsidiariamente con las entidades o empresas que lo conforman, a infinitos riesgos e intranquilidades y posibles acciones administrativas o judiciales.



Estos riesgos o exposiciones se están incrementándose vertiginosamente, constituyéndose en un imperativo buscar mecanismos paliativos o tutelares; entre éstos, un seguro de responsabilidad civil profesional, capaz de absorber los posibles costes (asistencia jurídica, costes casuísticos e indemnizaciones, etc.). Lo anterior proporcionaría una forma más tranquila y segura del ejercicio de la profesión, ya que al mismo tiempo mantendría una tutela al asegurado y daría a la sociedad una certeza de que su equilibrio económico, social y emocional ante eventuales situaciones que se podrían suscitarse. Con la contratación del seguro preventivo, se estaría dotando de determinada estabilidad que permitiría el ejercicio profesión en forma más distendida, sin tener que apelar a una eventual medicina defensiva, que no hace otra cosa que generar mayor tiempo y costo.

El seguro de responsabilidad civil profesional, al estar en ciernes en nuestro país, se vuelve inaccesible a los profesionales de la salud asumirlos en forma individual, con la inminencia que en las consultas privadas se incorpore su consto. Tal limitación se refleja, con mayor notoriedad en el sector público, dada la relación de dependencia laboral, el potencial crecimiento de pacientes y por ende mayor exposición, se reducen la posibilidad de adquirir dichas coberturas en forma particular. Es necesario que las entidades de salud estatales asuman dicho servicio, facilitando o coparticipando, con porcentajes mayoritarios, en la adquisición de seguros colectivos de responsabilidad civil médica.

Nuestro pedido tiene como sustento también la existencia en el sector público de pólizas asumidas y cubiertas en un porcentaje mayoritario por el Estado, como son las de fidelidad, tipo blanket, mediante las cuales cada institución pública contrata pólizas de seguro de fidelidad de funcionarios y empleados caucionados, en los casos y cuantías determinados en el Reglamento para Registro y Control de Caucciones, expedido por la Contraloría General del Estado y publicado en el Registro Oficial 120 de 8 de julio de 2003.

Otro argumento a favor de nuestra petición es en la propuesta del COS aprobada para primer debate se contempla la obligatoriedad de un seguro de vida.

Texto original	Redacción propuesta	Comentario
<p>“Artículo 63.- Seguro de vida.- Los establecimientos de salud públicos que determine la Autoridad Sanitaria Nacional, contratarán seguros de vida para sus profesionales y demás personal de salud cuando presten servicios en unidades operativas de alto riesgo, conforme la normativa que emita dicha Autoridad para el efecto”.</p>		<p>Eliminado por el Ministerio de Trabajo.</p>
	<p>Artículo ¿?.- Seguro de responsabilidad profesional.- Los establecimientos de salud públicos y privados, incrementarán la remuneración de los profesionales de las salud relación de dependencia</p>	<p>Los errores sanitarios son frecuentes. Muchos de los errores son sistémicos o tienen como</p>



	<p><i>para que estos contraten seguros de responsabilidad civil profesional, en función del riesgo de demandas conforme la normativa que emita la Autoridad Sanitaria Nacional para el efecto”.</i></p>	<p>factores condicionantes</p>
--	---	--------------------------------

1.6. Jornadas, higiene, riesgos y exigencias laborales

En relación a Horarios de Atención Continua no se incluye o explicita las jornadas especiales reducidas. Los obreros de la salud tienen derecho a jornadas especiales reducidas y al pago de jornadas suplementarias y extraordinarias, los profesionales de la salud han sido excluidos de este derecho.

Texto original	Redacción propuesta	Comentario
<p>Artículo 64.- Horarios de Atención Continua.- Los servicios públicos de salud se prestarán en jornadas y horarios de trabajo que garanticen la seguridad del paciente y del talento humano en salud; y, la atención permanente y oportuna de salud a los usuarios. La Autoridad Sanitaria Nacional, en coordinación con la Autoridad Nacional del Trabajo, determinará las jornadas especiales de trabajo y los servidores y trabajadores que recibirán servicio de alimentación de acuerdo a la naturaleza de los servicios, horarios y trabajo que realicen.</p>	<p>Artículo 64.- Horarios de Atención Continua.- Los servicios públicos de salud se prestarán en jornadas y horarios de trabajo que garanticen la seguridad del paciente y la seguridad, higiene laboral y salud del talento humano en salud; y, la atención permanente y oportuna de salud a los usuarios. La Autoridad Sanitaria Nacional, en coordinación con la Autoridad Nacional del Trabajo, determinará las jornadas especiales de trabajo y los servidores y trabajadores que recibirán servicio de alimentación de acuerdo a la naturaleza de los servicios, horarios y trabajo que realicen.</p>	<p>El término seguridad puede interpretarse solamente como protección a agresiones o acción de delincuencia. Por lo que se debe ampliar a higiene laboral y salud.</p>



	<p>Art. .- Jornada especial de menor duración.- La jornada especial de menor duración de trabajo del personal de salud, es aquella con una duración menor a la jornada ordinaria, sin que su remuneración sea menor a la generalidad de los servidores.</p>	<p>En relación a Horarios de Atención Continua no se incluye o explicita las jornadas especiales reducidas.</p>
	<p>La jornada especial de menor duración de trabajo se establece para limitar la exposición del personal de salud a determinados riesgos para la salud relacionados con el trabajo, actividades consideradas peligrosas y exigencias laborales que requieran excesiva demanda mental o física no evitadas o no evitables y que pongan en riesgo la garantía de seguridad de los pacientes, inherentes a un puesto específico de trabajo, previstos en las leyes y convenios internacionales.</p>	
	<p>La Autoridad Sanitaria Nacional realizará evaluaciones de línea de base y periódicas con informes anuales, para evaluar riesgos y daños ocupacionales con la finalidad de incorporar al personal sanitario a jornadas especiales de menor duración de acuerdo a su especificidad. El incumplimiento de esta obligación facultará al personal a efectuar las evaluaciones de acuerdo a lo establecido en la ley.</p>	
	<p>Art. .- Las jornadas de trabajo que se realicen en horarios nocturnos, días de descanso obligatorio, días feriados, serán remuneradas según las normativas del</p>	



Confederación Ecuatoriana
de Profesionales de la Salud



	<i>Código del Trabajo.</i>	
--	----------------------------	--

2. SECCIÓN II. DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES, TÉCNICOS, O TECNÓLOGOS Y PERSONAL DE APOYO EN SALUD

2.1. Estabilidad, precarización laboral y seguridad social

A través del Art. 62, se establece que en la Red Publica Integral de Salud se podrán contratar sin ninguna restricción profesionales con la figura de servicios profesionales (por facturación), eliminado la estabilidad laboral y el derecho a seguridad social. Es necesario establecer restricciones a este artículo.

Existen otras alternativas para cumplir el objetivo de este artículo, que es satisfacer la demanda de atención especializada, por el déficit de especialistas que hay en el país. Una de estas alternativas es la emisión de Certificados de Declaración Preferencia a profesionales que no tienen título de especialidad o subespecialidad pero están capacitados para realizar procedimientos.

En relación a seguridad social se define que se contratarán seguros de vida restringidos a unidades operativas de alto riesgo. Sin embargo restringe este derecho solo a unidades de alto riesgo. Para la definir qué unidades son de alto riesgo se formulará una normativa.

Texto original	<i>Redacción propuesta</i>	Comentario
-----------------------	-----------------------------------	-------------------



<p>Artículo 62.- Contratación de servicios por honorarios profesionales.- Los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud podrán contratar profesionales de salud, técnicos y tecnólogos en salud, en modalidad de prestación de servicios profesionales, de conformidad con la Ley y la normativa que emita para el efecto la Autoridad Sanitaria Nacional.</p>		<p>Artículo eliminado por el Ministerio del Trabajo.</p>
	<p>Art. Extensión de preferencias.- La autoridad sanitaria nacional emitirá certificados de extensión de preferencias a profesionales no especialistas para facultarles a ejecutar procedimientos restringidos a especialistas.</p>	<p>Otra alternativa para resolver el déficit de especialistas es la emisión de Certificados de Extensión de Preferencias a profesionales que no tienen título de especialidad o subespecialidad pero están capacitados para realizar procedimientos.</p>
<p>Artículo 63.- Seguro de vida.- Los establecimientos de salud públicos que determine la Autoridad Sanitaria Nacional, contratarán seguros de vida para sus profesionales y demás personal de salud cuando presten servicios en unidades operativas de alto riesgo, conforme la normativa que emita dicha Autoridad para el efecto.</p>		<p>Artículo eliminado por el Ministerio de Trabajo.</p>

2.2. Jornadas, higiene, riesgos y exigencias laborales

En relación a Horarios de Atención Continua no se incluye o explicita las jornadas especiales reducidas. Los obreros de la salud tienen derecho a jornadas especiales reducidas y al pago de jornadas suplementarias y extraordinarias, los profesionales de la salud han sido excluidos de este derecho.



Texto original	Redacción propuesta	Comentario
<p>Artículo 64.- Horarios de Atención Continua.- Los servicios públicos de salud se prestarán en jornadas y horarios de trabajo que garanticen la seguridad del paciente y del talento humano en salud; y, la atención permanente y oportuna de salud a los usuarios. La Autoridad Sanitaria Nacional, en coordinación con la Autoridad Nacional del Trabajo, determinará las jornadas especiales de trabajo y los servidores y trabajadores que recibirán servicio de alimentación de acuerdo a la naturaleza de los servicios, horarios y trabajo que realicen.</p>	<p>Artículo 64.- Horarios de Atención Continua.- Los servicios públicos de salud se prestarán en jornadas y horarios de trabajo que garanticen la seguridad del paciente y la seguridad, higiene laboral y salud del talento humano en salud; y, la atención permanente y oportuna de salud a los usuarios. La Autoridad Sanitaria Nacional, en coordinación con la Autoridad Nacional del Trabajo, determinará las jornadas especiales de trabajo y los servidores y trabajadores que recibirán servicio de alimentación de acuerdo a la naturaleza de los servicios, horarios y trabajo que realicen.</p>	<p>El término seguridad puede interpretarse solamente como protección a agresiones o acción de delincuencia. Por lo que se debe ampliar a higiene laboral y salud.</p>
	<p>Art. .- Jornada especial de menor duración.- La jornada especial de menor duración de trabajo del personal de salud, es aquella con una duración menor a la jornada ordinaria, sin que su remuneración sea menor a la generalidad de los servidores.</p>	<p>En relación a Horarios de Atención Continua no se incluye o explicita las jornadas especiales reducidas.</p>
	<p>La jornada especial de menor duración de trabajo se establece para limitar la exposición del personal de salud a determinados riesgos para la salud relacionados con el trabajo, actividades consideradas peligrosas y exigencias laborales que requieran excesiva demanda mental o física no evitadas o no evitables y que pongan en riesgo la garantía de seguridad de los pacientes, inherentes a un puesto específico de trabajo, previstos en las leyes y convenios internacionales.</p>	



	<p><i>La Autoridad Sanitaria Nacional realizará evaluaciones de línea de base y periódicas con informes anuales, para evaluar riesgos y daños ocupacionales con la finalidad de incorporar al personal sanitario a jornadas especiales de menor duración de acuerdo a su especificidad. El incumplimiento de esta obligación facultará al personal a efectuar las evaluaciones de acuerdo a lo establecido en la ley.</i></p>	
	<p>Art. .- <i>Las jornadas de trabajo que se realicen en horarios nocturnos, días de descanso obligatorio, días feriados, serán remuneradas según las normativas del Código del Trabajo.</i></p>	

Derechos y obligaciones

El artículo contiene más obligaciones que derechos. No se incluyen derechos que constan en la Carta de Derechos de los Médicos ¹ extensible a todos los profesionales de la salud (WHO 2009).

¹ Carta de Derechos de los Médicos. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. NOM. 168SSA1. 1998, del Expediente Clínico. Mexico.

<http://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/cartaderechosmedicos.html>.



Texto original	Redacción propuesta	Comentario
<p>Artículo 65.- Derechos y obligaciones.- Los profesionales, técnicos o tecnólogos, personal de apoyo en salud, personas que practiquen terapias complementarias y medicina ancestral, estos últimos, en todo lo que les fuera aplicable, tendrán los siguientes derechos y obligaciones:</p> <p>1) Que en el ejercicio de su profesión, arte u oficio se respeten sus derechos humanos y laborales;</p> <p>2) Disponer de jornadas de trabajo y condiciones que aseguren su seguridad y salud en los centros de trabajo, incluyendo la prevención y protección de riesgos laborales;</p> <p>3) Ejercer su profesión u oficio con autonomía y libertad, respetando las limitaciones derivadas de la aplicación de la evidencia científica, la bioética y deontología y de las normas propias del ordenamiento institucional;</p> <p>4) Percibir una remuneración u honorarios profesionales justos y dignos de acuerdo a su nivel de formación, responsabilidad, competencias, experiencia calificada, ubicación geográfica y desempeño; o los honorarios profesionales correspondientes;</p> <p>5) Ingresar a la Carrera Sanitaria y a acceder a la formación permanente previo el cumplimiento de los requisitos establecidos para el efecto;</p> <p>6) Plantear la objeción de conciencia en los casos en que esta sea aplicable, conforme las normas y definiciones bioéticas;</p> <p>7) Asociarse de modo libre y voluntario a organizaciones</p>	<p>Artículo 65.- Derechos y obligaciones.- Los profesionales, técnicos o tecnólogos, personal de apoyo en salud, personas que practiquen terapias complementarias y medicina ancestral, estos últimos, en todo lo que les fuera aplicable, tendrán los siguientes derechos y obligaciones:</p> <p>1) Que en el ejercicio de su profesión, arte u oficio se respeten sus derechos humanos y laborales;</p> <p>2) Disponer de jornadas de trabajo y condiciones que aseguren su seguridad y salud en los centros de trabajo, incluyendo la prevención y protección de riesgos laborales;</p> <p>3) Ejercer su profesión u oficio con autonomía y libertad, tienen derecho a que se respete su juicio clínico (sus conclusiones sobre el diagnóstico y el tratamiento) y su libertad de prescribir o indicar tratamientos; así como su probable decisión de declinar o rechazar la atención de algún paciente, respetando las limitaciones derivadas de la aplicación de la evidencia científica, la bioética y deontología y de las normas propias del ordenamiento institucional;</p> <p>4) Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional.</p> <p>5) Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional. Es un derecho del médico, recibir del establecimiento donde presta su servicio: personal idóneo, así como equipo, instrumentos e insumos necesarios, de acuerdo con el</p>	<p>Incluir los derechos de la Carta de Derechos de los Médicos</p>



<p>gremiales;</p> <p>8) Guardar confidencialidad y no divulgar información relacionada con los pacientes, conforme lo dispuesto en esta Ley;</p> <p>9) Atender a los usuarios que requieran atención de salud, con respeto, calidad y calidez, priorizando la atención a los grupos vulnerables y evitando la revictimización;</p> <p>10) Respetar los derechos de los usuarios de los servicios de salud, sin discriminación por razones de etnia, lugar nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción.</p> <p>11) Ejercer su profesión respetando la cultura local de la comunidad en la que presta sus servicios;</p> <p>12) Obtener el consentimiento informado de los pacientes o sus representantes legales sobre los tratamientos y los procedimientos que se apliquen;</p> <p>13) Cumplir con los estándares de calidad y calidez en la atención, conforme lo determine la Autoridad Sanitaria Nacional;</p> <p>14) Cumplir con las normas que autorizan el ejercicio profesional o el desarrollo de su oficio;</p> <p>15) Aplicar tratamientos y realizar estudios e investigaciones con estricto apego a la bioética, a la mejor evidencia científica y a la normativa expedida por la Autoridad Sanitaria Nacional;</p> <p>16) Comunicar a los pacientes, familiares o representantes legales la situación de salud del paciente y</p>	<p><i>servicio que otorga.</i></p> <p><i>6) Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica. El médico tiene derecho a no emitir juicios concluyentes sobre los resultados esperados de la atención médica.</i></p> <p><i>7) Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional. Además, el médico tiene derecho a recibir información completa, veraz y oportuna relacionada con el estado de salud del paciente.</i></p> <p><i>8) Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión.</i></p> <p><i>9) Percibir una remuneración u honorarios profesionales justos y dignos de acuerdo a su nivel de formación, responsabilidad, competencias, experiencia calificada, ubicación geográfica y desempeño; o los honorarios profesionales correspondientes;</i></p> <p><i>10) Ingresar a la Carrera Sanitaria y a acceder a la formación permanente-continua, y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional, con el propósito de mantenerse actualizado previo el cumplimiento de los requisitos establecidos para el efecto;</i></p> <p><i>11) Plantear la objeción de conciencia en los casos en que esta sea aplicable, conforme las normas y definiciones bioéticas;</i></p> <p><i>12) Asociarse de modo libre y voluntario a organizaciones gremiales y sindicales;</i></p> <p><i>13) Guardar confidencialidad y no divulgar información relacionada con los pacientes, conforme lo dispuesto en esta Ley;</i></p> <p><i>14) Atender a los usuarios que requieran atención de salud, con</i></p>	
--	---	--



los tratamientos, procedimientos o intervenciones quirúrgicas que se aplicarán;

17) Prescribir medicamentos aplicando las normas de uso racional que dicte para el efecto la Autoridad Sanitaria Nacional;

18) Conocer y cumplir los códigos de ética profesional;

19) Precautelar el interés público en el ejercicio de su profesión.

20) Otras obligaciones y derechos establecidos en las leyes

respeto, calidad y calidez, priorizando la atención a los grupos vulnerables y evitando la re victimización;

15) Respetar los derechos de los usuarios de los servicios de salud, sin discriminación por razones de etnia, lugar nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción.

16) Ejercer su profesión respetando la cultura local de la comunidad en la que presta sus servicios;

17) Comunicar a los pacientes, familiares o representantes legales la situación de salud del paciente y los tratamientos, procedimientos o intervenciones quirúrgicas que se aplicarán;

18) Obtener el consentimiento informado de los pacientes o sus representantes legales sobre los tratamientos y los procedimientos que se apliquen;

19) Cumplir con los estándares de calidad y calidez en la atención, conforme lo determine la Autoridad Sanitaria Nacional;

20) Cumplir con las normas que autorizan el ejercicio profesional o el desarrollo de su oficio;

21) Aplicar tratamientos y realizar estudios e investigaciones con estricto apego a la bioética, a la mejor evidencia científica y a la normativa expedida por la Autoridad Sanitaria Nacional;

22) Prescribir medicamentos aplicando las normas de uso racional que dicte para el efecto la Autoridad Sanitaria Nacional;



	<p>23) Conocer y cumplir los códigos de ética profesional; 24) Precautelar el interés público en el ejercicio de su profesión. 25) Otras obligaciones y derechos establecidos en las leyes.</p>	
--	---	--

3. SECCIÓN IV. AUTORIZACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL

El objetivo más importante en materia de seguridad del paciente y responsabilidad civil profesional es la prevención de errores sanitarios. Los errores sanitarios son muy frecuentes en el mundo y se han establecido estrategias: i) el licenciamiento de servicios

de salud que consta en el COS aprobado en primer debate y ii) la habilitación de licencia o certificación profesional y acreditación de instituciones responsables del licenciamiento o certificación, iii) vigilancia de errores sanitarios e incidentes.

Según Silvis la diferencia entre licencia y certificación es (Silvis 2011):

Licencia: Es el proceso por el cual una agencia del gobierno otorga permiso a las personas de una profesión u ocupación determinada certificando que los titulares de las licencias han alcanzado el mínimo de competencia necesario para garantizar que la salud, la seguridad y el bienestar estarán razonablemente bien protegidos (HEW 1971b).

Certificación: Es un proceso voluntario por medio del cual una agencia no gubernamental o asociación reconoce que un individuo que ha alcanzado cierta calificación predeterminada especificada por la agencia o asociación. Esta calificación puede incluir la aprobación de un programa de entrenamiento, desempeño aceptable en un examen cualificado y o completar una cantidad específica o tipo de experiencia de trabajo. (HEW 1971a).

Por lo tanto, el licenciamiento o habilitación de licencia es un requerimiento obligatorio, mientras la certificación es voluntaria a nivel individual, institucional o programático. El licenciamiento, certificación o acreditación requieren de criterios estandarizados o estándares de calidad. Los procesos deberán ser validados, confiables y sin sesgo. El licenciamiento o certificación profesional y acreditación son dos procesos distintos y que deberán ser implementados por dos organizaciones diferentes, para no incurrir en conflictos de interés y no arriesgar legitimidad. La acreditación se lo aplica a un instituto, organización o programa, no es a título personal/profesional. La habilitación de licencia y la certificación está dirigida a nivel individual

El examen obligatorio que los Internos Rotativos rinden en el CEAACES el habilitación de licencia limitado a la evaluación de conocimientos. En la Sección V Autorización del Ejercicio Profesional, el Artículo 68 establece que es la Autoridad Sanitaria Nacional la que confiere la Licencia para el ejercicio de los profesionales de salud y su actualización, pero no establece cual es la relación entre el examen del CEAACES y el otorgamiento de la licencia para el ejercicio profesional. El artículo establece también la actualización o renovación de la licencia.

Con base a este artículo se puede establecer la obligatoriedad del proceso de recertificación como requisito de la actualización o renovación de la licencia profesional.

Texto original	Redacción propuesta	Comentario
<p>Artículo 34.- Atribuciones.- La Autoridad Sanitaria Nacional para tendrá las siguientes competencias:</p>	<p>30) <i>Establecer un sistema de Sistema de habilitación de licencia de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud.</i></p>	<p>Es necesario incluir ente las atribuciones de la Autoridad Sanitaria Nacional la habilitación y renovación de licencia profesional.</p>



<p>Artículo 69.- Licencia para el ejercicio de profesionales de la salud.- La Autoridad Sanitaria Nacional otorgará la licencia para el ejercicio profesional de la salud en el territorio nacional, a los profesionales de la salud tanto nacionales, como extranjeros. Esta licencia, se entregará al finalizar el año de salud rural de servicio social, para quienes tengan la obligación de hacerlo y al obtener el título de tercer nivel, para los profesionales que no tengan dicha obligación. La referida licencia será actualizada de acuerdo a la periodicidad que determine la Autoridad Sanitaria Nacional.</p> <p><i>Ningún profesional de la salud podrá ejercer su profesión sin contar con la respectiva licencia o mientras la misma se encuentre suspendida.”</i></p>	<p>Artículo 69.- Licencia para el ejercicio de profesionales de la salud.- La Autoridad Sanitaria Nacional otorgará la licencia para el ejercicio profesional de la salud en el territorio nacional, a los profesionales de la salud tanto nacionales, como extranjeros. Esta licencia, se entregará al finalizar el año de salud rural de servicio social, para quienes tengan la obligación de hacerlo y al obtener el título de tercer nivel, para los profesionales que no tengan dicha obligación. La referida licencia será renovada de acuerdo a la periodicidad que determine la Autoridad Sanitaria Nacional.</p> <p><i>Ningún profesional de la salud podrá ejercer su profesión sin contar con la respectiva licencia o mientras la misma se encuentre suspendida.”</i></p>	
	<p>Art.?. Habilitación y renovación de la licencia profesional.- Para garantizar la idoneidad de los egresados de los programas de las carreras de salud, se establece el proceso de habilitación de licencia profesional como mecanismo para garantizar el cumplimiento de los criterios de calidad del Recurso Humano en Salud en la prestación de los servicios de salud.</p> <p><i>La habilitación de licencia es el proceso en virtud del cual se reconoce que un prestador individual de salud domina un cuerpo de conocimientos y experiencias relevantes en un determinado ámbito de trabajo ajo asistencial, otorgando el correspondiente certificado.</i></p>	



	<p><i>Art.?- El proceso de habilitación y renovación de licencia, es individual y obligatorio en el territorio nacional, como parte del Sistema de Carrera Sanitaria. El examen de licencia profesional gestionado por el CEAACES servirá para la habitación de la licencia. Para la renovación de la licencia los profesionales de la salud deberán aprobar un programa de entrenamiento, desempeño aceptable en un examen cualificado y o completar una cantidad específica o tipo de experiencia de trabajo</i></p>	



	<p>Art. 7. Acreditación institucional .- <i>Mediante un reglamento la autoridad sanitaria nacional y el CES, acreditarán las entidades gremiales, sociedades científicas y académicas, que recertificarán a los profesionales de la salud, como asimismo las condiciones generales que aquéllas deberán cumplir con el objetivo de recibir la autorización para ello. El reglamento establecerá, asimismo la forma en que las entidades certificadoras deberán dar a conocer lo siguiente: los requisitos mínimos de conocimiento y experiencia que exigirán para cada profesión, especialidad o subespecialidad, los procedimientos de examen o verificación de antecedentes que emplearán para otorgar la recertificación, los antecedentes respecto del cuerpo de evaluadores que utilizarán, los antecedentes que deberán mantener respecto del proceso de recertificación de cada postulante y las características del registro público nacional y regional de los prestadores certificados, que deberá mantener la autoridad sanitaria.</i></p>	
	<p>Art. <i>La Autoridad Sanitaria Nacional emitirá el documento oficial correspondiente a la certificación y re-certificación como requisito para el ejercicio profesional.</i></p> <p><i>En el sector público, dicho documento y los resultados de la gestión y evaluación del desempeño serán requisitos obligatorios para la promoción del Recurso Humano en Salud en el Sistema de Carrera Sanitaria</i></p>	



4. SECCION V. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL SANITARIA

Se recomienda cambiar el título de la Sección al siguiente: “**Seguridad del paciente y responsabilidad profesional en sede administrativa**” ya que lo que se legisla no solo es la responsabilidad profesional sino seguridad del paciente.

Con relación a las deficiencias o limitaciones de la sección hay que señalar que hay un solo artículo (Art. 72) sobre responsabilidad profesional sanitaria y no hay definiciones claras sobre:

- Infracción o falta administrativa y error.
- Errores asociados a la atención sanitaria: no se diferencia errores (culpa) de desviaciones (no evitables y no previsibles) y no se diferencian niveles de gravedad de los errores sanitarios.
- Los errores sanitarios punibles (mala práctica) pueden ser sancionados en sede administrativa como infracciones administrativas o como errores sanitarios, determinando que se sancione en dos instancias penal y administrativa. **La sanción en sede administrativa se da por el hecho de infringir leyes, normas y regulaciones. La sanción penal o civil se da por los daños ocasionados.**

A continuación se describen las definiciones recomendadas por la OMS con relación a seguridad del paciente y que son utilizadas en la presente propuesta (WHO, 2009).

4.1. Definiciones generales sobre seguridad del paciente

Se ha definido al **paciente** como la persona que recibe atención sanitaria

Atención sanitaria como los servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud

La **seguridad** es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

Un **peligro** es una circunstancia, un agente o una acción que puede causar daño.

Una **circunstancia** es una situación o un factor que puede influir en un evento, un agente o una o varias personas.

Un **evento** es algo que le ocurre a un paciente o que le atañe,

Agente es una sustancia, un objeto o un sistema que actúa para producir cambios.

La **seguridad del paciente** es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

4.2. Incidentes

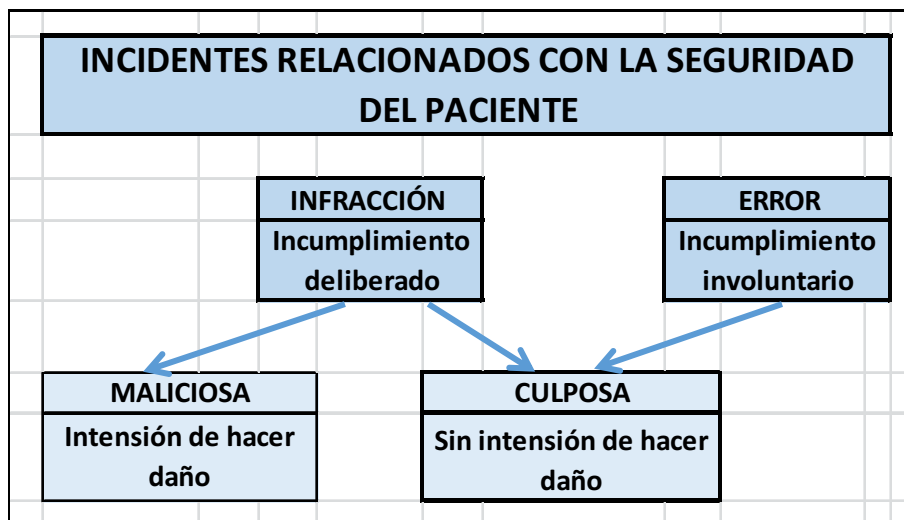
En el siguiente texto se presenta la definición de incidente que es lo que se debe sancionar en sede administrativa y debe constar en el COS.

Un **incidente relacionado con la seguridad del paciente** es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño no justificado o innecesario a un paciente. En el contexto del COS, los incidentes relacionados con la seguridad del paciente se denominarán simplemente incidentes. El uso del adjetivo «innecesario» o no justificado en esta definición reconoce que en la asistencia sanitaria se producen errores, infracciones, casos de maltrato al paciente y actos deliberadamente poco seguros. Estos se consideran incidentes, mientras que ciertas formas de daño son necesarias o justificadas, como la incisión para una laparotomía, y no se consideran incidentes.

Los incidentes pueden tener su origen en actos intencionados o involuntarios. Los errores son, por definición, involuntarios, mientras que las infracciones suelen ser intencionadas, aunque raramente maliciosas o dolosas (con intención de hacer daño), y pueden llegar a hacerse rutinarias y automáticas en algunos contextos.

Un **error** es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución.

Una **infracción** es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos. Tanto los errores como las infracciones elevan el riesgo, aunque no llegue a producirse un incidente.



4.4. Tipos de incidentes por resultado

Para efectos de sanción los incidentes se clasifican por el resultado del incidente, en incidente con daños e incidentes sin daños.



Incidente con daños

Un **incidente con daños (evento adverso)** es un incidente que causa daño al paciente (por ejemplo, se infunde la unidad de sangre errónea y el paciente muere de una reacción hemolítica).

Incidente sin daños

Los incidentes sin daños son aquellos en los que hay un **riesgo** o probabilidad de que se produzca un incidente. Los incidentes sin daños se clasifican en:

- Una **circunstancia notificable** es una situación con gran capacidad de causar daños, pero en la que no se produce ningún incidente. Por ejemplo, el caso de una unidad de cuidados intensivos muy atareada que se queda durante todo un turno con mucho menos personal del necesario, o el del traslado de un desfibrilador a una urgencia y el descubrimiento de que no funciona, aunque finalmente no se necesite.
- Un **cuasiincidente** es un incidente que no alcanza al paciente. Por ejemplo, se conecta una unidad de sangre a la vía de infusión intravenosa del paciente equivocado, pero se detecta el error antes de comenzar la infusión.
- Un **incidente sin daños** es aquel en el que un evento alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable. Por ejemplo, se infunde la mencionada unidad de sangre, pero no era incompatible.

4.5. Tipo de incidentes por sus características

Un **tipo de incidente** es una categoría formada por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir características acordadas, y constituye una categoría «parental» bajo la cual pueden agruparse muchos conceptos. Los tipos de incidentes comprenden los siguientes: i) administración clínica, ii) proceso clínico/procedimiento, iii) documentación, iv) infección asociada a la atención sanitaria, v) medicación/líquidos para administración i.v., sangre/productos sanguíneos, nutrición, oxígeno/gases/vapores, dispositivos/equipos médicos, vi) comportamiento, vii) accidentes del paciente, viii) infraestructuras/locales/instalaciones, y iv) recursos/gestión de la organización.

Los incidentes relacionados con infraestructuras/locales/instalaciones, y recursos/gestión de la organización se relacionan con denominan **incidentes sistémicos o por fallo del sistema**.

Se entiende por **fallo del sistema** un defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o las infraestructuras de una organización. Los factores que contribuyen a los fallos del sistema pueden ser latentes (ocultos o que pasan fácilmente inadvertidos) o alarma de desconexión del circuito de un respirador que no dispusiera de una alarma de falta de corriente o de una batería supletoria.

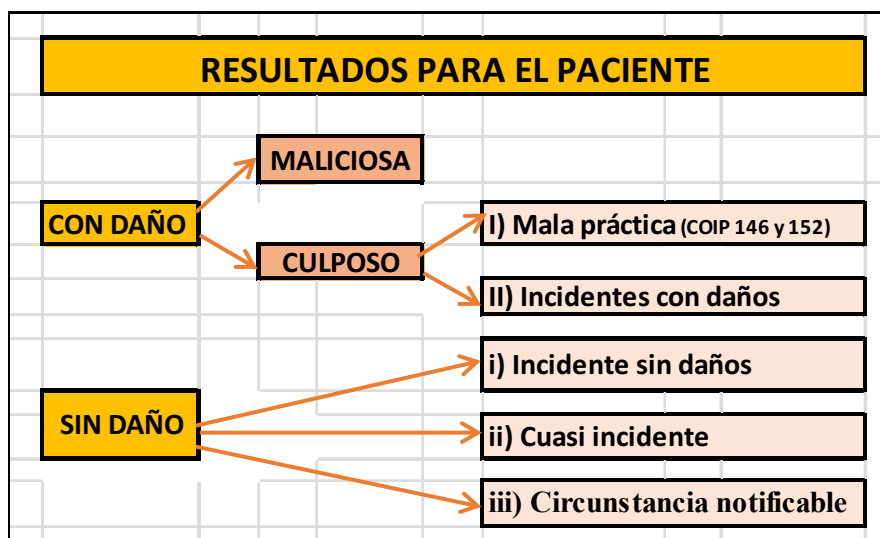
Los incidentes también afectan a las organizaciones sanitarias. El **resultado para la organización** se define como las repercusiones en la organización total o parcialmente atribuibles a un incidente (por ejemplo, la publicidad negativa o el uso de más recursos).

4.3. Resultados para el paciente

El **resultado para el paciente** son las repercusiones para el paciente total o parcialmente atribuibles a un incidente. Cuando se ha producido un daño, el **grado del daño** es la gravedad, la duración y las repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente. Según los principios

rectores, parecería deseable registrar por separado la naturaleza, la gravedad y la duración del daño; aunque desde el punto de vista teórico cabría inclinarse por esta opción, en la práctica la mayoría de las escalas de daño reconocen que estos elementos se fusionan en la evaluación natural que se lleva a cabo al asignar un grado de daño.

Para efectos de sanciones, en el siguiente grafico se clasifican los resultados por su efecto (con daño y sin daño) y por la intencionalidad para hacer daño (malicioso o culposo)



4.4. Daños

Se considera **daño** la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Los daños comprenden las enfermedades, las lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos.

La **enfermedad** se define como una disfunción fisiológica o psicológica.

La **lesión** es un daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.

El **sufrimiento** consiste en la experiencia de algo subjetivamente desagradable y comprende el dolor, el malestar general, las náuseas, la depresión, la agitación, la alarma, el miedo y la aflicción.

Se entiende por **discapacidad** cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.

Los daños (muertes, lesiones o discapacidad) pueden ser: daños asociados a la atención sanitaria y daños asociados a la historia natural de la enfermedad o lesión subyacente.

Daño asociado a la atención sanitaria

El **daño asociado a la atención sanitaria** es el daño que deriva de los planes o medidas



adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente. Los daños asociados a la atención sanitaria pueden a su vez clasificarse en daños ocasionados por infracciones o errores (previsibles y evitables) y desviaciones de la práctica sanitaria (previsibles y no evitables).

Los daños para efectos de sanción en sede administrativa se clasifican en daños o eventos adversos culposos (por infracciones o errores) y desviaciones de la práctica sanitaria (González-Hermoso 2001).

Evento adverso culposo

Es consecuencia de una acción no intencionada (sin intención de hacer daño) que podría producir lesión o complicación que resulta en incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte y que no tiene relación directa con la enfermedad y que el profesional sanitario ha podido prever o que prevista ha podido evitarse (González-Hermoso 2001).

Los errores sanitarios pueden ser directos por incumplimiento del deber objetivo de cuidado del profesional o indirectos o sistémicos cuando la causa del error esta en los sistemas institucionales por carencias o mala calidad de insumos o medicamentos carencia o mala calidad de recursos, mala organización de los servicios.

Desviación de la práctica sanitaria

Un evento adverso no culposo o desviación de la práctica sanitaria es consecuencia de una acción no intencionada que podría producir lesión o complicación que resulta en incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte y que no tiene relación directa con la enfermedad y que el profesional sanitario no ha podido prever o que prevista no ha podido prevenirse o evitarse². Es decir, que a pesar de que se ha cumplido con las normas y el deber objetivo de cuidado existen resultados no deseados (González-Hermoso 2001). Por lo tanto no es punible ni resarcible económicamente ya que no genera responsabilidad.

Las desviaciones de la práctica sanitaria pueden ser por **reacción adversa o por efecto secundario**.

La reacción adversa es un daño imprevisto derivado de un tratamiento justificado. Por ejemplo, una neutropenia inesperada tras administrar un fármaco que no se sabía que pudiera tener este efecto es una reacción adversa. La recurrencia de una reacción adversa conocida puede ser prevenible (por ejemplo, una reacción alérgica a un medicamento puede prevenirse evitando la reexposición).

Un **efecto secundario** es un efecto conocido, distinto del deseado primordialmente y relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento, como la aparición

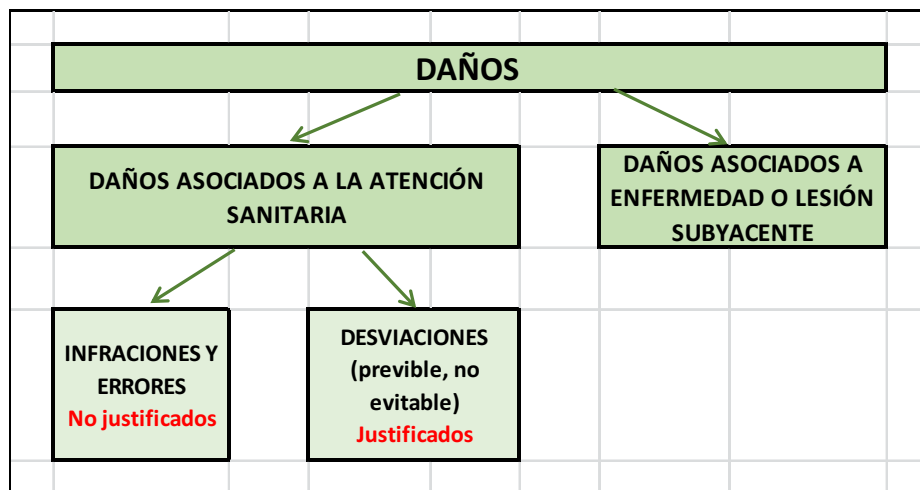
² **Prevenible** significa aceptado generalmente como evitable en las circunstancias particulares del caso.

de náuseas tras la administración de morfina para aliviar el dolor.

Daños asociados a la enfermedad o por complicaciones

Las complicaciones de una evolución, son alteraciones o desviaciones en el curso natural de la enfermedad que no tiene su causa en una actuación médica y se deriva de la propia enfermedad. La diferencia entre una desviación y una complicación en una evolución es que en esta última no es causada por la actuación médica en sí. Para ser catalogado complicación debe reunir las siguientes características (González-Hermoso 2001):

- Trastorno físico no intencionado en la evolución de la enfermedad.
- No es debido (es ajeno) a la evolución del proceso médico o quirúrgico.
- Puede reconocerse objetivamente.



Grado de daño

Cuando se ha producido un daño, el **grado del daño** es la gravedad, la duración y las repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente. Según los principios rectores, parecería deseable registrar por separado la naturaleza, la gravedad y la duración del daño; aunque desde el punto de vista teórico cabría inclinarse por esta opción, en la práctica la mayoría de las escalas de daño reconocen que estos elementos se fusionan en la evaluación natural que se lleva a cabo al asignar un grado de daño. Anteriores intentos de calificar el grado de daño tendían a fusionar estos parámetros en calificar el grado de daño tendían a fusionar estos parámetros en

En el contexto del marco conceptual de la CISP, el grado de daño se califica como se indica a continuación:

Ninguno: el resultado para el paciente no es sintomático o no se detectan síntomas y no hace falta



tratamiento.

Leve: el resultado para el paciente es sintomático, los síntomas son leves, la pérdida funcional o el daño son mínimos o intermedios, pero de corta duración, y no hace falta intervenir o la intervención necesaria es mínima (por ejemplo, observar más estrechamente, solicitar pruebas, llevar a cabo un examen o administrar un tratamiento de poca entidad).

Moderado: el resultado para el paciente es sintomático y exige intervenir (por ejemplo, otra intervención quirúrgica, un tratamiento suplementario) o prolongar la estancia, o causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.

Grave: el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.

Muerte: sopesando las probabilidades, el incidente causó la muerte o la propició a corto plazo.

4.5. Factores Contribuyentes

En el análisis de errores o infracciones es importante tomar en cuenta los factores contribuyentes. La mayoría de errores no se producen por falla humana sino por deficiencias del sistema o por una combinación de las dos.

Un **factor contribuyente** se define como una circunstancia, acción o influencia (por ejemplo, una mala distribución de los turnos o una mala asignación de tareas) que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente.

Los factores contribuyentes pueden ser:

- I. Externos (es decir, fuera del control de un servicio u organización),
- II. De la organización (por ejemplo, la inexistencia de protocolos aceptados),
- III. Relacionados con un factor del personal (un defecto cognitivo o conductual de un individuo, un mal trabajo en equipo o una comunicación insuficiente)
- IV. Relacionados con un factor del paciente (por ejemplo, el incumplimiento).

Un factor contribuyente puede ser un precursor necesario de un incidente y puede ser o no ser suficiente para causar un incidente.

4.6. Detección y prevención

En lo referente a prevención de detección de incidentes es importante tener en cuenta las siguientes definiciones:

La **detección** consiste en una acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente (por ejemplo, el hecho de darse cuenta de un error por medio de un monitor o una alarma, por un cambio en el estado del paciente, o mediante una evaluación de riesgos). Los mecanismos de detección pueden formar parte del sistema (por ejemplo, las alarmas de baja presión o desconexión en los circuitos de los respiradores) o pueden ser el resultado de un proceso de comprobación o de la alerta y la «conciencia de la situación».

Un **factor atenuante** es una acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño al paciente. El mecanismo por el que puede producirse el daño ya está en marcha, pero aún no ha producido ningún daño o el máximo daño posible. Se



ha utilizado el término «recuperación» para describir la combinación de la detección y la atenuación; en este contexto no se refiere a la recuperación clínica (restablecimiento), sino al proceso de recuperación de un incidente que ya ha comenzado. Un ejemplo de recuperación del error sería la reconexión de un respirador después de que la alarma de desconexión haya sonado. El diseño de los sistemas y la formación teórica y práctica se pueden retroalimentar recopilando información sobre cómo y por qué se hacen «rescates».

Una **medida de mejora** es una medida adoptada o una circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente. Los factores de mejora relacionados con el paciente son medidas adoptadas o circunstancias alteradas con el fin de reparar el daño sufrido por el paciente, por ejemplo, la fijación de una fractura tras una caída. A su vez, los relacionados con el sistema de atención sanitaria reducen las pérdidas o daños que un incidente pueda causar a una organización; por ejemplo, una buena gestión de las relaciones públicas tras una catástrofe con gran repercusión pública puede mejorar los efectos sobre la reputación del establecimiento sanitario.

Las **medidas adoptadas para reducir el riesgo** se definen como acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar futuros daños asociados a un incidente o la probabilidad de que se produzcan. Pueden afectar directamente a los incidentes, los factores contribuyentes, la detección, los factores atenuantes o las medidas de mejora, y pueden ser proactivas o reactivas. Las acciones proactivas pueden identificarse mediante técnicas como el análisis del tipo de fallo y de sus efectos o el análisis probabilístico del riesgo, mientras que las reactivas son las que se adoptan en función de los conocimientos adquiridos tras un incidente (por ejemplo, el análisis de las causas profundas).

La **resiliencia** se refiere al grado en que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes. Permite a una organización «recuperar» lo antes posible su capacidad original de desempeñar funciones asistenciales después de que se haya producido un daño. En el ámbito de la gestión de las organizaciones se utilizan habitualmente varios términos.

Responsable significa que ha de rendir cuentas.

La **calidad** es el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.

Una **mejora del sistema** es el resultado o consecuencia de la cultura, los procesos y las estructuras que están dirigidos a prevenir fallos del sistema y a mejorar la seguridad y la calidad. Un proceso para contrarrestar el fallo latente que se acaba de mencionar sería la modificación del equipo para que dé la alarma cuando haya un problema de suministro de corriente, o la utilización de un dispositivo adicional, como un capnógrafo, que dé la alarma cuando no se detecte dióxido de carbono en el aire espirado.

Por último, el **análisis de las causas profundas**, forma reactiva de evaluación de los riesgos cuya finalidad es orientar el desarrollo de las medidas tomadas para reducir el riesgo, es un proceso sistemático e iterativo mediante el cual se identifican los factores que contribuyen a un **incidente** reconstruyendo la secuencia de sucesos y preguntándose repetidamente por qué hasta elucidar las causas profundas subyacentes (factores/peligros contribuyentes).

COS primer debate	Propuesta FME, CPS y PSV	Argumentos
Artículo 72.- Responsabilidad profesional sanitaria.- El	Artículo 72.- Responsabilidad profesional sanitaria	Eliminar "desviación no prevenible, ni evitable", porque es un



<p>talento humano en salud deberán actuar de forma diligente, cumpliendo las normas, guías y protocolos emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional; la <i>lex artis</i> aplicable para cada profesión de la salud; y, tomar todas las precauciones a fin de evitar los riesgos previsibles o evitables derivados de la práctica profesional, errores sanitarios, desviación no prevenible, ni evitable.</p>	<p>administrativa.- <i>El talento humano en salud deberán actuar de forma diligente, cumpliendo las normas, guías y protocolos emitidos por la Autoridad Sanitaria Nacional; la <i>lex artis</i>³ aplicable para cada profesión de la salud; y, tomar todas las precauciones a fin de evitar los riesgos previsibles o evitables derivados de la práctica profesional, errores sanitarios desviación no prevenible, ni evitable. (Patitó 2000)</i></p>	<p>contrasentido evitar un evento que no es evitable.</p>
<p>Los profesionales de la salud responderán por sus actuaciones en el ejercicio profesional conforme lo dispuesto en la ley.</p>	<p><i>Los profesionales de la salud responderán por sus actuaciones en el ejercicio profesional conforme lo dispuesto en la ley.</i></p>	
	<p>Art. Incidente relacionado con la seguridad del paciente. <i>Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario o no justificado a un paciente y son sujetos a sanción.</i></p> <p><i>Los incidentes se producen por errores, infracciones, casos de maltrato al paciente y actos deliberadamente poco seguros.</i></p> <p><i>Un incidente puede ser: I) una circunstancia notificable, ii) un cuasiincidente, iii) un incidente sin daños o iv) un incidente con daños (evento adverso).</i></p> <p><i>Una circunstancia notificable es una situación con gran capacidad de causar daños, pero en la que no se produce ningún incidente (por ejemplo, el caso</i></p>	

³ **Principio de Lex Artis.-** Es el conjunto de prácticas médicas aceptadas como adecuadas para tratar al enfermo en el momento de que se trata. En la práctica, la “lex artis” funciona como un concepto jurídico indeterminado, que exige una actitud concreta del profesional sanitario cuya corrección o no dependerá de haber actuado conforme a los protocolos y normas de actuación de cada especialidad, normas que son cambiantes conforme la medicina y los descubrimientos científicos van avanzando.



	<p><i>de una unidad de cuidados intensivos muy atareada que se queda durante todo un turno con mucho menos personal del necesario, o el del traslado de un desfibrilador a una urgencia y el descubrimiento de que no funciona, aunque finalmente no se necesite).</i></p> <p><i>Un cuasiincidente es un incidente que no alcanza al paciente (por ejemplo, se conecta una unidad de sangre a la vía de infusión intravenosa del paciente equivocado, pero se detecta el error antes de comenzar la infusión).</i></p> <p><i>Un incidente sin daños es aquel en el que un evento alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable (por ejemplo, se infunde la mencionada unidad de sangre, pero no era incompatible).</i></p> <p><i>Un incidente con daños (evento adverso) es un incidente que causa daño al paciente (por ejemplo, se infunde la unidad de sangre errónea y el paciente muere de una reacción hemolítica).</i></p>	
	<p>Art. Infracción o falta administrativa.- Es el incumplimiento deliberado de normas de carácter administrativo y/o de las obligaciones derivadas del ejercicio del cargo que podría haber ocasionado o haya ocasionado daño al Estado o a un tercero y que, una vez constatada conforme a la ley, amerita una sanción del mismo tipo.</p>	<p>Incluir artículo nuevo que defina que es la Infracción o Falta administrativa.</p>
	<p><i>Para sancionar las infracciones administrativas, deben concurrir los elementos objetivos -acción u omisión, legalidad, el objeto o hecho debe estar establecido</i></p>	<p>En principio “non vis idem”, consiste en prohibición de que un mismo hecho resulte sancionado más de</p>



	<p>como falta administrativa- y la motivación diferente a una eventual infracción penal, siendo necesaria la concurrencia de todos ellos en el mismo acto. Por lo tanto, no debe contrariar el principio “Non bis ídem”.</p>	<p>una vez, es decir, supone que no se imponga duplicidad de sanciones en los casos en que se desprenda identidad de sujeto, hecho y fundamento, sin que haya una supremacía especial, por ejemplo que se sancione a una persona dos veces por los mismos hechos en la jurisdicción administrativa y la penal.</p>
	<p>Art. Error sanitario. Un error es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución y amerita una sanción.</p>	
	<p>Art.??.- Daño o efecto adverso asociado a la atención sanitaria. Se define como una lesión o complicación que resulta en incapacidad, muerte o prolongación de la estancia hospitalaria y fue causado por el sistema sanitario o deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.</p>	
	<p>Los eventos adversos o daños asociados a la atención sanitaria pueden de dos tipos: culposos sujetos a sanción y desviaciones de la práctica sanitaria no sujetos a sanción.</p> <p>Evento adverso culposo.- Es consecuencia de una acción no intencionada que podría producir lesión o complicación que resulta</p>	



	<p><i>en incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte y que no tiene relación directa con la enfermedad y que el profesional sanitario ha podido prever o que prevista ha podido evitarse. Los errores sanitarios pueden ser directos por incumplimiento del deber objetivo de cuidado del profesional o indirectos o sistémicos cuando la causa del error esta en los sistemas institucionales por carencias o mala calidad de insumos o medicamentos carencia o mala calidad de recursos, mala organización de los servicios.</i></p>	
	<p>Evento adverso no culposo o desviación de la práctica sanitaria.- Es consecuencia de una acción no intencionada que podría producir lesión o complicación que resulta en incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte y que no tiene relación directa con la enfermedad y que el profesional sanitario no ha podido prever o que prevista no ha podido evitarse. Es decir, que a pesar de que se ha cumplido con las normas y el deber objetivo de cuidado existen resultados no deseados. Por lo tanto no es punible ni resarcible económicamente ya que no genera responsabilidad.</p>	
	<p>Art. 22. Eventos adversos o daños no imputables a la atención sanitaria. El daño no imputable a la atención sanitaria define como una lesión o complicación que resulta en incapacidad, muerte o prolongación de la estancia hospitalaria causado por: Complicaciones de la</p>	



	<p>evolución de una enfermedad.- <i>Son alteraciones en el curso natural de la enfermedad derivadas de ésta y que no tienen origen en la intervención de un profesional sanitario. Para ser catalogada como complicación debe reunir las siguientes características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos físicos o psicológicos relacionados con la evolución de la enfermedad, - Ajeno al procedimiento sanitario; y, - Que pueda reconocerse objetivamente <p>Caso fortuito.- <i>Es un acontecimiento que no puede imputarse al profesional sanitario, consistente en un evento extraordinario, imprevisible e irresistible, Art. 30 del Código Civil, que impidió la ejecución de la obligación o determinó su cumplimiento parcial, tardío o defectuoso.</i></p> <p>Fuerza mayor en la práctica sanitaria.- <i>Es un hecho derivado de un acontecimiento natural que no se puede evitar y tampoco se puede prever, alude a lo irresistible, es decir, lo inevitable. Conforme el Art. 30 del Código Civil. Estos efectos adversos no generan responsabilidad.</i></p>	
	<p>Art. ¿?. Grado de daño. <i>Para efectos de dosimetría de la sanción el grado de daño se califica como:</i></p> <p>Ninguno: <i>el resultado para el paciente no es sintomático o no se detectan síntomas y no hace falta tratamiento.</i></p> <p>Leve: <i>el resultado para el paciente es sintomático, los síntomas son leves, la pérdida</i></p>	



	<p><i>funcional o el daño son mínimos o intermedios, pero de corta duración, y no hace falta intervenir o la intervención necesaria es mínima (por ejemplo, observar más estrechamente, solicitar pruebas, llevar a cabo un examen o administrar un tratamiento de poca entidad).</i></p> <p>Moderado: <i>el resultado para el paciente es sintomático y exige intervenir (por ejemplo, otra intervención quirúrgica, un tratamiento suplementario) o prolongar la estancia, o causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.</i></p> <p>Grave: <i>el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.</i></p> <p>Muerte: <i>sopesando las probabilidades, el incidente causó la muerte o la propició a corto plazo.</i></p>	
--	---	--

4.7. Responsabilidad administrativa y elementos de procedibilidad en el Código Penal y en el COS

Ante el incremento de acciones punitivas sin sustento, ni elementos previos de convicción, creemos imperativo, implementar reformas al Código Penal como las sugeridas por el tratadista ecuatoriano Alfonso Zambrano Pasquel, en el Estudio Introdutorio al Código Orgánico Integral Penal, Libro Primero, Parte Especial, Tomo II, pp. 208-209, que no afectarían preceptos, principios y tendencias doctrinarias recogidas en dicho cuerpo legal, como son:

1. Que a través de un cuerpo colegiado de especialistas forenses, sea una Superintendencia de Control de Calidad de la Práctica Sanitaria, como permite el art. 213 de la Constitución, que señala: “... Que las mismas son organismos técnicos de vigilancia, auditoría, intervención y control de las actividades



económicas, sociales, y ambientales, y de los servicios que prestan las entidades públicas, privadas, con el propósito de que estas actividades y servicios se sujeten al ordenamiento jurídico y atiendan al interés general...”; **para la determinación de la infracción al deber objetivo de cuidado, se deberá contar previamente con el dictamen, o pericia forense especializada de dicho ente.** Este presupuesto se constituiría en un presupuesto de procedibilidad de necesario cumplimiento, previo a la acción penal.

2. Premisa análoga recoge el inciso final del Art. 581 del COIP, al señalar como presupuesto de procedibilidad previo a la acción penal en los delitos de peculado y de enriquecimiento ilícito, un informe previo emitido por la Contraloría General del Estado.
3. Igualmente nos permitimos transcribir lo sugerido por el citado jurisperito, a cuyo criterio en tal aspecto nos adherimos de subsidio: “...Sugerimos que en el Art. 30 del COIP que contempla las causas de exclusión de la antijuricidad y que en primer párrafo refiere a la legítima defensa y al estado de necesidad, y en el segundo párrafo al cumplimiento de una orden legítima y expresa de autoridad competente o de un deber legal, se agregue: tampoco existe infracción penal cuando se actúa en ejercicio legítimo de un derecho, profesión, arte u oficio...”
Ibídem pp. 209(lo subrayado es nuestro).

Estos principios deben también incluirse en los principios de procedibilidad del COS.

Texto original	Redacción propuesta	Comentario
<p>Artículo- 73.- Responsabilidad por desviaciones del sistema de salud.- Para efectos de la aplicación del régimen sancionatorio previsto en este Código no constituirán faltas administrativas la prolongación de la estancia hospitalaria, lesiones, incapacidad o muerte cuando provengan de circunstancias no previsibles o que pudiendo preverse no se puedan evitar, o cuando se deban a complicaciones derivadas del curso natural de la enfermedad o condición de salud.</p>	<p>Artículo- 73.- Responsabilidad por desviaciones del sistema de salud.- Para efectos de la aplicación del régimen sancionatorio previsto en este Código no constituirán infracciones administrativas o errores sanitarios la prolongación de la estancia hospitalaria, lesiones, incapacidad o muerte cuando provengan de desviaciones o circunstancias no previsibles o que pudiendo preverse no se puedan evitar, o cuando se deban a complicaciones derivadas del curso natural de la enfermedad o condición de salud, casos fortuitos y fuerza mayor.</p>	<p>Incluir caso fortuito o fuerza mayor, que pueden ser causas de eventos adversos de la práctica sanitaria.</p>
<p>No serán atribuibles a los profesionales, técnicos y tecnólogos en salud, las faltas administrativas derivadas de</p>	<p>No serán atribuibles profesionales, técnicos, tecnólogos en salud, auxiliares y personal de apoyo, los</p>	<p>Se debe incluir también a los auxiliares y personal de apoyo (obreros):</p>



<p>circunstancias independientes o conexas producto de las falencias en el establecimiento prestador de servicios de salud que causen prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria, lesiones, incapacidad o muerte. Los establecimientos prestadores de servicios de salud y los empleados, funcionarios o trabajadores administrativos de dichos establecimientos, directamente responsables de la falencia técnica o administrativa que cause los daños previstos en este inciso, serán sancionados conforme lo dispuesto en este Código.</p>	<p><i>incidentes derivados de circunstancias independientes o conexas producto de las falencias en el establecimiento prestador de servicios de salud que causen prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria, lesiones, incapacidad o muerte. Los establecimientos prestadores de servicios de salud y los empleados, funcionarios o trabajadores administrativos de dichos establecimientos, directamente responsables de la falencia técnica o administrativa que cause los daños previstos en este inciso, serán sancionados conforme lo dispuesto en este Código.</i></p>	<p>auxiliares de enfermería, trabajadores de servicios, conductores.</p>
	<p><i>Tampoco existe infracción administrativa o error sanitario cuando se actúa en ejercicio legítimo de un derecho, profesión, arte u oficio.</i></p>	<p>Sugerimos que contemple las causas de exclusión de la antijuricidad, la legítima defensa y al estado de necesidad, y el cumplimiento de una orden legítima y expresa de autoridad competente o de un deber legal (negarse a cumplir una orden de autoridad que va contra derechos o la práctica profesional).</p>
<p>Artículo.-74.- Responsabilidad por error sanitario.- Acarreará responsabilidad administrativa el error sanitario en el que incurran los profesionales de la salud cuando produzca la muerte, lesiones que deriven en incapacidad o prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria, causadas por cualquiera de las siguientes circunstancias:</p>	<p>Artículo.-74.-Responsabilidad por incidente relacionado con la seguridad del paciente .- <i>Acarreará responsabilidad administrativa el incidente relacionado con la seguridad del paciente en el que incurran los profesionales de la salud cuando en ejercicio de su profesión produzca la muerte, lesiones que deriven en incapacidad o prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria causada por cualquiera de las siguientes circunstancias:</i></p>	



<p>1. Actuaciones directas, individuales, intransferibles y no justificadas;</p>	<p><i>1. El resultado dañoso debe provenir directamente de la infracción al deber objetivo de cuidado y no de otras circunstancias independientes o conexas</i></p>	<p>Se deben utilizar los mismos criterios de COIP para determinación de la infracción al deber objetivo de cuidado.</p>
<p>2. La inobservancia de leyes, reglamentos, ordenanzas, manuales, reglas técnicas o lex artis aplicables a la profesión.</p>	<p><i>2. La inobservancia de leyes, reglamentos, ordenanzas, manuales, reglas técnicas o lex artis aplicables a la profesión.</i></p>	
<p>3. Haber actuado con negligencia, imprudencia o impericia.</p>	<p><i>3. Se analizará en cada caso la diligencia, el grado de formación profesional, las condiciones objetivas, la previsibilidad y evitabilidad del hecho.</i></p>	<p>Los términos negligencia, imprudencia o impericia, son términos ambiguos y son definidos de diferente forma por cada actor.</p>
<p>Cuando en el proceso de determinación de faltas y sanciones administrativas, por error sanitario, la autoridad competente considere que existe concurrencia de las circunstancias previstas en este artículo, emitirá informe de indicios de responsabilidad penal y lo remitirá a la instancia superior competente, quien de ratificarlo, enviará el expediente completo a la Fiscalía General del Estado. Dicho informe constituirá presupuesto de procedibilidad para el ejercicio de la acción penal correspondiente.</p>	<p>Quando en el proceso de determinación de faltas y sanciones administrativas, por error sanitario, la autoridad competente considere que existe concurrencia de las circunstancias previstas en este artículo, emitirá informe de indicios de responsabilidad penal y lo remitirá a la instancia superior competente, quien de ratificarlo, enviará el expediente completo a la Fiscalía General del Estado. Dicho informe constituirá presupuesto de procedibilidad para el ejercicio de la acción penal correspondiente.</p>	<p>Eliminar este inciso, porque estimulará la corrupción y el chantaje. No es necesario ya está en el COIP.</p>



	<p><i>Cuando en el proceso de determinación de faltas y sanciones administrativas, por error sanitario, la autoridad competente considere que existe concurrencia de las circunstancias previstas en los artículos 146 o 152 del COIP, emitirá informe de indicios de responsabilidad penal y lo remitirá a la instancia superior competente, quien de ratificarlo, enviará de oficio el expediente completo a la Fiscalía General del Estado. Dicho informe constituirá presupuesto de procedibilidad para el ejercicio de la acción penal correspondiente.</i></p>	<p>Si se mantiene este artículo debe modificarse con el siguiente texto: Reemplazar frase "circunstancias previstas en este artículo" por "circunstancias previstas en los artículos 146 o 152 del COIP" Eliminar la frase: "Dicho informe constituirá presupuesto de procedibilidad para el ejercicio de la acción penal correspondiente."</p>
<p>Cuando la instancia superior competente considere que no existe mérito para la ratificación del informe de indicios de responsabilidad penal, devolverá el expediente a la instancia que lo remitió para que continúe con el procedimiento administrativo de determinación y sanción</p>	<p><i>Cuando la instancia superior competente considere que no existe mérito para la ratificación del informe de indicios de responsabilidad penal, devolverá el expediente a la instancia que lo remitió para que continúe con el procedimiento administrativo de determinación y sanción</i></p>	
	<p><i>Los casos cuyos expedientes sean enviados a la Fiscalía General del Estado no serán sancionados en sede administrativa.</i></p>	<p>Se debe incluir este inciso para evitar doble sanción.</p>

4.8. De las responsabilidades de las instituciones (públicas, privadas y comunitarias) del Sistema Nacional de Salud

La propuesta de COS elimina el derecho de los profesionales de la salud a exigir adecuadas condiciones de trabajo, insumos y medicamentos que consta en la actual Ley Orgánica de la Salud.

Texto original	Redacción propuesta	Comentario
<p>Artículo 75. Las entidades de salud están obligadas a brindar las condiciones adecuadas para la prestación de servicios</p>	<p>Art. 75.- Las entidades de salud están obligadas a brindar las condiciones adecuadas para la prestación de servicios y a vigilar</p>	



<p>y a vigilar el cumplimiento de las leyes, reglamentos, ordenanzas, manuales, reglas técnicas o lexartis aplicables a cada profesión.</p>	<p><i>el cumplimiento de las leyes, reglamentos, ordenanzas, manuales, reglas técnicas o lexartis aplicables a cada profesión.</i></p>	
	<p><i>Si un daño, lesión o defunción se produce por deficientes condiciones de trabajo o mala organización del trabajo de los servicios de salud, los representantes legales de la entidad en la que ocurrió el hecho serán administrativa, civil y penalmente responsables.</i></p>	
	<p>Art. - <i>La responsabilidad de los servicios del Sistema Nacional de Salud es directa y no subsidiaria, solidaria, contractual y extracontractual. El paciente, sus familiares o representantes legales pueden demandar ante la Agencia de Control de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada directamente al servicio de salud, sin necesidad de demandar primero, o conjuntamente, al profesional sanitario o al personal, sea que este labore bajo relación de dependencia o independientemente de la entidad en donde fue atendido el paciente.</i></p>	