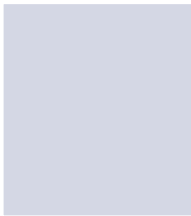
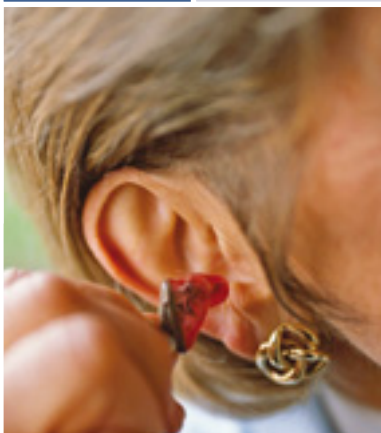
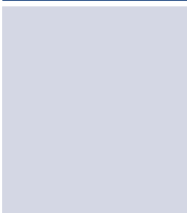
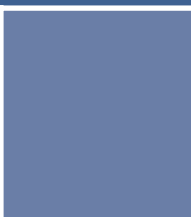


Reduzca la responsabilidad objetiva cuando trate a pacientes discapacitados



LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL REPRESENTAN RETOS ESPECIALES, PERO USTED PUEDE TOMAR MEDIDAS PARA CUBRIR SUS NECESIDADES Y EVITAR PROBLEMAS.

[Por **WAYNE J. GUGLIELMO**]

Una internista de Oklahoma nunca olvidará a la paciente en silla de ruedas que llegó mostrando las fotografías de la úlcera por presión que tenía en una de sus nalgas. La internista sabía que la fotografía solo no era suficiente para hacer un diagnóstico. Pero sin ayuda extra y sin un montacargas, se veía incapaz de poner a la mujer en la camilla para observar la lesión de primera mano. Frustrada, la doctora sugirió a la paciente que volviera con algún miembro de su familia para que colaborara en su transporte. Sin embargo, la paciente se resistió y finalmente relleno un formulario de reclamación contra la doctora por violar la Ley de Discapacidad, establecida desde 1990 en Estados Unidos, la ley sin precedentes que prohíbe la discriminación por discapacidad.

“Mi gerente tuvo que ir a una reunión de mediación, donde estuvimos de acuerdo en invertir en un montacargas, que no era económicamente viable, o en conducir a los pacientes en sillas de ruedas a la unidad de urgencias más cercana,” dice la internista, que pidió permanecer en el anonimato.

Aunque hace dos décadas que se aprobó la Ley de Americanos con Discapacidad, los médicos en EEUU

“LA CONSULTA DE UN MÉDICO PUEDE TENER UNA RAMPA Y ESPACIOS DE APARCAMIENTO PARA DISCAPACITADOS, PERO TAL VEZ NO CUENTE CON EL EQUIPO PARA TRATARLOS UNA VEZ QUE ESTÁN DENTRO”

—Margaret A. Nosek



continúan siendo citados por violaciones de dicha ley. Conforme a “edificios públicos” bajo el Título III de la Ley de Americanos con Discapacidad, todas las consultas médicas deben tomar ciertas medidas para asegurar que la gente con discapacidad –tanto física como psíquica– reciba igual trato, en lo posible, que los pacientes que no sufren ninguna discapacidad. La eliminación de las barreras arquitectónicas que impiden el acceso físico a la consulta es una parte fundamental para el cumplimiento de la ley. Pero, tal y como descubrió la internista de Oklahoma, esto sólo no es suficiente.

LA DISCONFORMIDAD CUESTA DINERO

Las violaciones a la ley pueden ser costosas –hasta 74.500 euros por incidente de ofensa repetida. Pero la Ley de Americanos con Discapacidad no es el único asunto legal relacionado con esta población. Los médicos deberán hacer frente a una responsabilidad objetiva mucho mayor cuando algo sale mal con un paciente discapacitado.

“Nos referimos a estas personas como ‘pacientes cáscara de huevo’,” dice Kevin Quinley, un especialista en gestión de riesgos en Fairfax, Virginia, y autor de *Bullet-proofing Your Medical Practice* (SEAK, 2000). “Para ellos, una complicación o un resultado adverso puede ser mucho más devastador que para alguien sin una carga física o mental. Este hecho no influye solo en el caso de que un incidente sea pleiteado, sino que también afecta a los daños potenciales que conlleva”.

Ser más cuidadoso de lo normal al cumplir con sus obligaciones de proporcionar un acceso auténtico y un trato igual no sólo supone una buena gestión de los riesgos, sino también un buen ejercicio de la medicina.

ELIMINACIÓN DE BARRERAS

Los médicos que poseen sus propios edificios o que son responsables de los cambios de diseño por lo general han triunfado en hacer sus consultas más accesibles para la gente con discapacidad, sobre todo para aquellos con problemas de movilidad.

Han añadido plazas de aparcamiento para discapacitados, han instalado rampas en lugares donde las escaleras interrumpen el camino, han actualizado el diseño de entradas y puertas y, en algunos casos, han construido o rediseñado los baños y han instalado fuentes de agua

potable y teléfonos públicos accesibles. En general, estas modificaciones están consideradas como “fácilmente realizables” –es posible conseguirlas sin excesiva dificultad o coste. Pero a la hora de realizar los cambios los médicos se han quedado cortos antes que exceder esos requisitos mínimos para la accesibilidad física, según Margaret A. Nosek, directora ejecutiva del Centro de Investigación de las Mujeres con Discapacidades, en la Facultad de Medicina de Baylor, Houston. “La consulta de un médico puede tener una rampa y espacios de estacionamiento designados para los discapacitados, pero seguirá rechazando pacientes porque no cuenta con el equipo para tratarlos una vez que están dentro,” comenta Nosek. El centro puede documentar cientos y cientos de casos así, que violan las estipulaciones de no discriminación de la Ley de Americanos con Discapacidad. Los asuntos dominantes en cuanto a “accesibilidad” en los recintos médicos son “la falta de comunicación eficaz, la falta de equipos y servicios accesibles, y el rechazo de pacientes,” según el documento del departamento de Justicia sobre la aplicación de la Ley de Americanos con Discapacidad.

Si su consulta no está equipada para tratar a pacientes discapacitados, puede disminuir su riesgo de incurrir en una violación de la ley y mejorar la atención del paciente realizando algunos cambios prácticos. La adaptación más importante que puede efectuar una consulta médica es instalar una mesa de examen de altura regulable, dice Nosek.

Esas mesas pueden moverse de 40,64 a 45,72 centímetros por encima del suelo, facilitando el transporte de los pacientes que no pueden moverse solos. Los expertos recomiendan que la mesa pueda soportar un mínimo de 136,08 kilos, aunque la mayoría de estos modelos perfectamente sobrepasan esa capacidad de peso. Las mesas también deberían tener unas barandillas regulables y fuertes, soportes para los pies y las piernas regulables y almohadillas adecuadas para proteger los pies.

Según las características adicionales que usted elija, cuente con gastar entre 2.600 y 3.700 euros por una mesa de altura regulable bien diseñada. Los negocios pequeños,

PUNTOS CLAVE

Su consulta se considera “edificio público” según el Título III de la Ley de Americanos con Discapacidad.

Las violaciones a la ley pueden ser costosas –hasta 74.500 euros por incidente de ofensa repetida.

Deberá afrontar una responsabilidad objetiva mayor cuando algo sale mal con un paciente discapacitado.



"INSISTA EN QUE EL INTÉRPRETE CONOZCA LA TERMINOLOGÍA MÉDICA. ES UNA DESTREZA ESPECIAL QUE NO TODO EL MUNDO POSEE"

—Elizabeth A. Pector

sin embargo, tienen derecho hasta a 3.700 euros de crédito tributario no reembolsables para los costes contraídos en el cumplimiento de los requisitos de acceso de la ley.

Las adaptaciones adicionales dependen de la especialidad médica. Con el fin de permitir que las mujeres que no pueden estar de pie se sometan a una mamografía, por ejemplo, los radiólogos podrían considerar adquirir un equipo que pueda adaptarse a los pacientes en silla de ruedas. El hecho de que los médicos de Atención Primaria, los internistas o los obstetras, sean capaces de evaluar a los pacientes cuando están sentados en una silla de ruedas puede mejorar significativamente el acceso de este tipo de pacientes a la atención médica.

PUNTOS CLAVE

La estrategia más segura es preguntarle al paciente con discapacidad auditiva qué método es el que prefiere.

Una comunicación efectiva puede suponer un desafío importante cuando se tratan pacientes con discapacidades mentales o cognitivas.

Una buena documentación es especialmente vital si usted se ve obligado a dejar de tratar a un paciente con graves trastornos mentales o de personalidad.

AYUDAS A LA COMUNICACIÓN

Otro de los requisitos de la Ley de Discapacidad en EEUU es conseguir una comunicación efectiva. También es un requisito básico de una buena atención del paciente y una medida clave para evitar los daños por negligencia. En el caso de los pacientes con discapacidad, esto significa poder proporcionarles ayudas y servicios auxiliares siempre que lo necesiten.

Pongamos que usted tiene programado un reconocimiento para un paciente con discapacidad auditiva. Entre las ayudas o servicios auxiliares hay notas y materiales escritos, dispositivos asistenciales auditivos e intérpretes. Para las conversaciones especialmente complicadas, sin embargo, si el paciente sufre una grave enfermedad o precisa un procedimiento invasivo debe proporcionarse un intérprete titulado para asegurar una comunicación eficaz. La buena noticia, aún así, es que el intérprete no necesita cubrir unos requisitos especiales de acreditación para estar a la altura de los estándares de la ley. Mientras sea efectivo, exacto,

imparcial y aceptable para el paciente, un miembro de su familia o un amigo puede servir. Un empleado que cumpla estos mismos criterios también puede desempeñar el papel de intérprete.

Pero tenga cuidado. En Estados Unidos las asociaciones profesionales citan ejemplos de profesionales de

la salud que han incurrido en violaciones de la Ley de Discapacidad en casos en los que decidieron no contar con un intérprete titulado y el método alternativo resultó ser ineficaz.

La estrategia más segura es preguntarle al paciente con discapacidad auditiva qué método es el que prefiere. Si pide un intérprete, considere la posibilidad de contratar a uno para media jornada de manera que pueda ayudar en la comunicación de varios pacientes con discapacidad auditiva, dice Elizabeth A. Pector, médico de Primaria de Naperville, Illinois. "También debe insistir en que el intérprete conozca la terminología médica," añade Pector. "Es una destreza especial que no todo el mundo posee".

Aunque la Ley de Discapacidad en EEUU es una ley que generalmente no exige adaptaciones que supongan una carga excesiva, prohíbe terminantemente que usted le imponga un sobrecoste, tanto directa como indirectamente, a los pacientes que precisen tales servicios profesionales. Este coste debe tratarse como parte de los gastos generales de su consulta, en cuanto a la contabilidad y a efectos fiscales. Sin embargo, la desgravación fiscal es posible para aquellos médicos que ofrecen intérpretes titulados u otros instrumentos para los pacientes con discapacidades auditivas.

ASEGÚRESE DE QUE SE HACE ENTENDER

Una comunicación efectiva puede suponer un desafío importante, tanto desde el punto de vista de la ley como del de una negligencia, cuando se tratan pacientes con discapacidades mentales o cognitivas. No asuma de manera automática que va a tener dificultades. Algunos pacientes con trastornos mentales pueden ser comunicadores perfectamente competentes y precisos. Otros son fuentes de información poco fiables sobre su propia historia médica y de medicación, incapaces de describir con exactitud sus síntomas, e incapaces de comprender realmente un tratamiento.

Si usted prevé un problema, pídale permiso al paciente para comunicarse con algún miembro de su familia o tutor, dice Carolyn Reinach Wolf, abogada experta en ley de la salud mental en Lake Success, Nueva York. Si el paciente pone objeciones, animele. Dígame cosas

como: “Estas visitas podrían ser mucho más beneficiosas para usted si un miembro de su familia o un representante personal también participara”. Pero usted no puede ir más allá, ya que los adultos con discapacidad mental están protegidos por las leyes de confidencialidad federales y estatales en EE.UU.

Si usted sabe que el paciente tiene un historial de problemas psiquiátricos, tenga en cuenta que puede contactar con el psiquiatra tratante, suponiendo que pueda obtener el permiso del paciente. “El médico debe decirle al paciente: ‘Sé que tiene un historial psiquiátrico. ¿Me da su permiso para hablar con su psiquiatra y poder trabajar juntos para ayudarlo?’, dice Wolf. Si el paciente se niega, documente el hecho minuciosamente, apuntando qué podrá y qué no podrá hacer en base a la información limitada que posee. Si no, puede rechazar tratar al paciente debido a que se ve incapaz de conseguir su historial médico. De nuevo, una documentación meticulosa es vital.

Para los procedimientos o pruebas que precisen el consentimiento del paciente, adapte su propuesta a cada situación. “No dé por hecho que debido a alguna enfermedad mental el paciente no es capaz de dar su consentimiento,” dice la abogada Wendy Wilkinson, directora del Centro de Asistencia Técnica sobre Discapacidad y Empresas en Houston. “Si usted realiza las preguntas normales y duda que el paciente le haya comprendido, pídale que le repita la pregunta y que le explique lo que usted le ha dicho. Si continúa con dudas, pregunte si hay alguien más que tenga la autoridad legal de tomar decisiones en cuanto a la asistencia sanitaria en nombre del paciente.”

En situaciones especialmente difíciles, si la paciente necesita una ligadura de trompas, dice, y es preciso que comprenda que el procedimiento no tiene una garantía del cien por cien, “Algunos médicos han llegado incluso a grabar en video el momento en que el paciente da su consentimiento,” dice Kevin Quinley.

Con cualquier precaución que tome, el objetivo no solo es protegerse a usted mismo de la responsabilidad legal, sino también proteger los derechos del paciente discapacitado ante usted.

PERFECCIONE LAS APTITUDES DE SU EQUIPO

Este objetivo debería guiar todas sus interacciones con los pacientes discapacitados. “La discapacidad solía verse exclusivamente como un problema médico con una solución médica,” dice Bonnie O’Day, investigador jefe del Instituto de Política Matemática, en Washington, Distrito de Columbia. O’Day es co-autor, junto



Adaptaciones físicas: Qué hay que tener en cuenta



Acceso/entrada accesible

- » ¿El camino es estable, firme y antideslizante?
- » ¿El camino tiene al menos 91,44 centímetros de ancho?
- » ¿Los bordillos tienen bajadas en las entradas, aparcamientos y zonas de acceso?
- » ¿Las rampas más largas de 1,83 metros tienen barandillas a ambos lados?
- » ¿Las rampas no se elevan más de 76,20 centímetros entre los rellanos?
- » ¿La puerta de entrada tiene al menos una apertura total de 81,28 centímetros (para puertas dobles, al menos una de 81,28 centímetros)?

Acceso a los servicios

- » ¿Hay un círculo de 1,52 metros o un espacio en forma de T para que una persona que vaya en silla de ruedas pueda dar la vuelta?
- » ¿Hay espacios adecuados para las sillas de ruedas?
- » ¿Los botones del ascensor del pasillo están a una altura menor de 106,68 centímetros?

Fácil utilización de los baños

- » ¿Hay señales en los baños no accesibles para las sillas de ruedas que indican dónde se encuentran los accesibles?
- » ¿La puerta de los baños se puede manejar con un puño cerrado, desde dentro y desde fuera?
- » ¿En los baños hay compartimentos accesibles para las sillas de ruedas?
- » En los compartimentos accesibles, ¿hay barras para agarrarse detrás y en la pared más cercana al retrete?
- » ¿El asiento del retrete tiene entre 43,18 centímetros y 48,26 centímetros de alto?
- » ¿El borde del lavabo no tiene más de 86,36 centímetros de altura?

Fuente: Lista de control de las Instalaciones Actuales, Centro de Adaptabilidad de Entornos, 1995

a Lisa I. Iezzoni, profesora de Medicina en la Escuela Médica de Harvard, de *More than Ramps: A Guide to Improving Healthcare Quality and Access for People with Disabilities* (Oxford, 2006). “Actualmente, la sociedad es más global, y las expectativas de lo que significa una asistencia igual para la gente con discapacidad son mucho mayores.”

No importa qué tipo de discapacidad tenga una persona, un método respetuoso y progresista es esencial para mantener una buena relación entre médico y paciente.



O'Day enfatiza la importancia de hablar directamente con los pacientes discapacitados en lugar de con sus representantes, programando el tiempo necesario para la consulta, y preguntando sin hacer suposiciones sobre sus necesidades, preferencias y estilo de vida. Estos pueden parecer pequeños detalles, pero conducen a una relación sana y mutuamente respetuosa y a una mejor asistencia, añade.

También son la base de una buena gestión de riesgos. De hecho, las cualidades interpersonales que O'Day res-

palda son notablemente similares a aquellas que los especialistas en la gestión de riesgos como Kevin Quinley identifican como vitales: contacto visual, escucha activa, inteligencia emocional, preguntas de seguimiento consideradas y sentido de la empatía.

“Cada vez hay más pruebas, anecdóticas y de otro tipo, de que los pacientes no demandan a los médicos que les gustan, incluso cuando existe una desviación del ejercicio médico habitual que concluye en un resultado adverso,” dice. Esto es verdad tanto si el paciente tiene alguna discapacidad como si no.

NO ESCATIME EN DOCUMENTACIÓN

Los médicos deben documentar sus encuentros con pacientes discapacitados con un cuidado especial. Es decir, deben añadir la fecha y la hora de cada anotación y detallar, junto con las pruebas que se realizaron y sus resultados, qué problemas se abordaron. Quinley aconseja describir qué hizo usted y cómo interactuó con el paciente o con su representante tanto en términos generales como específicos, utilizando citas textuales si es necesario. Mencione también qué medidas tomó, si lo hizo, para asegurar una comunicación eficaz.

Cuando usted intenta justificar sus acciones en el contexto de una alegación a una violación de la Ley de Discapacidad o en un juicio por negligencia profesional, la incapacidad para probar que usted hizo o no hizo algo a menudo depende de un mal resultado, dice Quinley. Una buena documentación es especialmente vital si a pesar de todos sus esfuerzos usted se ve obligado a dejar de tratar a un paciente con graves trastornos mentales o de personalidad que se vuelve perjudicial o poco dispuesto a colaborar.

“Documente todos los ataques de mal comportamiento o de incumplimiento,” aconseja Mel Rutherford, especialista en gestión de riesgos en Okemos, Michigan. En algún momento después de repetidos ataques del mismo tipo, usted necesita poner al paciente en aviso por escrito, por correo certificado, con acuse de recibo, dice Rutherford.

Explique que, como resultado de la incapacidad del paciente para presentarse de un modo aceptable en la consulta, usted le proporcionará 30 días de atención sanitaria de urgencia continuada, después de los cuales el paciente tendrá que contar con otro médico que se ocupe de él. “Los médicos están comprensiblemente preocupados por los problemas de abandono, pero si todo queda correctamente documentado, es razonable que un médico rechace a un paciente así,” dice Rutherford.

Por supuesto, esta es una medida de último recurso. Con una dosis de autodefensa extra, comprobará que tratar a pacientes con discapacidades físicas o mentales es gratificante y no más arriesgado que tratar a pacientes sin ninguna discapacidad.