

# Gestión de Riesgos en Salud y Responsabilidad Profesional

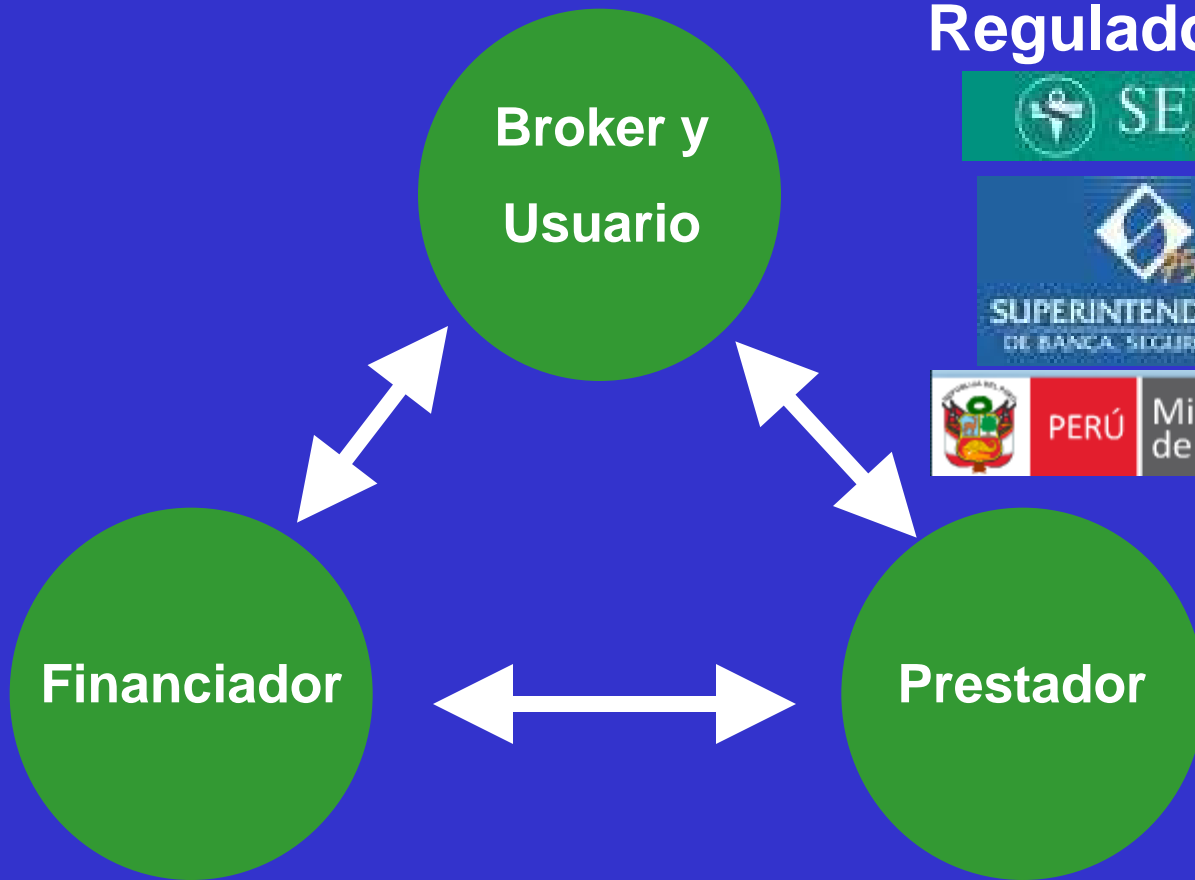
Dr. Jaime Moya

# UNA FRASE PARA LA REFLEXIÓN

“Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia”.

**Santiago Ramón y Cajal (1852-1934)**  
**Premio Nobel de Fisiología y Medicina, 1906**

# DONDE ESTAMOS EN EL SECTOR PRIVADO

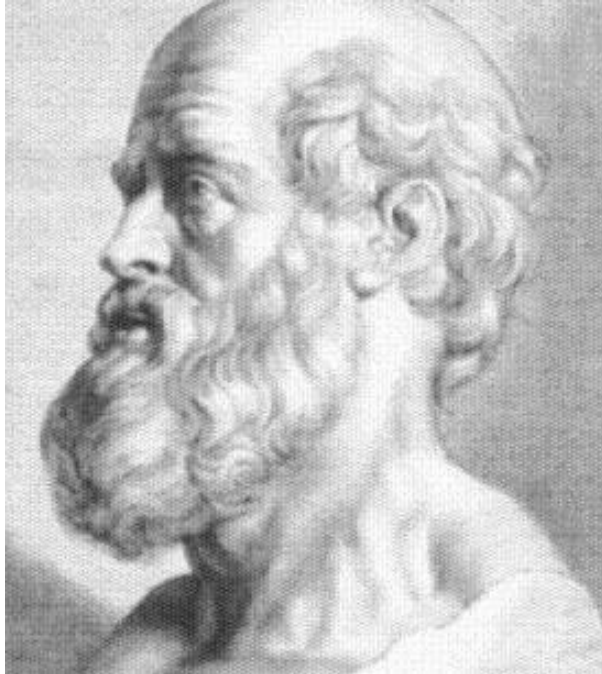


Reguladores



Controladores





“Primum non nocere”

## Seguridad del Paciente

Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores practicas, que aseguren la obtención de los óptimos resultados para el paciente

Actualmente, “Patient Safety” se aplica a iniciativas para prevenir efectos negativos derivados de errores humanos y fallas del sistema asistencial

**Resolución Ministerial N°676-2006/MINSA**

# RIESGO ASISTENCIAL

Cualquier situación no deseable o factor que puede contribuir a aumentar la probabilidad de que se produzca, que está en relación con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas para los pacientes.

# CONSTRUYENDO CONFIANZA: COMPETENCIA Y ATENCIÓN

COMPETENCIA

Escasa

Destacada

ATENCIÓN

Destacada

**Afecto**

**Confianza**

Escasa

**Desconfianza**

**Consideración**

# GESTIÓN DE RIESGOS

Actividades destinadas a identificar, evaluar y reducir o eliminar el riesgo de que se produzca un efecto adverso que afecte a:

- Personas: pacientes, personal de salud, directivos y demás trabajadores.
- Instalaciones: edificios, equipos y dispositivos médicos, mobiliario, medio ambiente,...
- Recursos económicos: inversiones, fondos de crecimiento y desarrollo, recursos de investigación,...
- Prestigio y el renombre de la institución y sus profesionales: satisfacción del cliente interno, reputación,, atracción de clientes,...



## LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD EN CIRUGÍA

Centro Quirúrgico - Clínica Ricardo Palma

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ H. CLÍNICA: \_\_\_\_\_

### 1.- ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA:

#### El Anestesiista confirma en el paciente:

- 1.1. Nombre del paciente.
- 1.2. Zona a ser operada.
- 1.3. Procedimiento a realizar.
- 1.4. Hoja del consentimiento informado firmado por el paciente.


#### El Anestesiista realiza en el paciente:

- 1.5. Marca la zona a ser operada.
- 1.6. Se coloca oxímetro de pulso en el paciente y se deja funcionando.
- 1.7. Aplicación de Antibiótico profilaxis 1 hora antes de la incisión (si aplica).


#### Anestesiista verifica en el paciente:

- 1.8. Alergia conocida.
- 1.9. Vía aérea problemática y/o riesgo de aspiración.
- 1.10. Tiene una vía EV y reemplazo planificado.


### 2.- ANTES DE LA INCISIÓN:

#### Cirujano y Enfermera:

- 2.1. Se ha confirmado el nombre de todos los miembros del equipo.
- 2.2. Verifican el nombre del paciente.
- 2.3. Verifican la zona a ser operada.
- 2.4. Verifican el procedimiento a realizar.


#### Cirujano:

- 2.5. Revisa pasos críticos o inesperados, tiempo operatorio y pérdida de sangre.
- 2.6. Revisa riesgos anestésicos inesperados.
- 2.7. Riesgo de perder mas de 500ml. de sangre.


#### Enfermera:

- 2.8. Revisa esterilización de los equipos (inclusive uso de indicador).
- 2.9. Riesgos relativos a los equipos.
- 2.10. Las imágenes indispensables están a la vista.


### 3.- ANTES QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO:

#### Cirujano y Anestesiólogo:

- 3.1. Revisan temas claves de recuperación y manejo posterior del paciente.

--

#### Enfermera:

- 3.2. Que el conteo de instrumentos, Gasas y agujas sea el correcto.
- 3.3. El etiquetado del espécimen (incluya nombre del paciente).


# COMPONENTES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Componente
Identificación estándar del establecimiento de salud
Nº de Historia Clínica
Fecha
Nombres y apellidos del paciente
Nombre de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar
Descripción del mismo en términos sencillos
Riesgos reales y potenciales del procedimiento y/o de la intervención quirúrgica
Nombres y apellidos firma, sello y número de colegiatura del profesional responsable de la intervención o procedimiento
Conformidad firmada consignando nombres, apellidos y DNI
Consignar un espacio para caso de revocatoria del consentimiento informado, consignando: nombres, apellidos, firma y huella digital del paciente

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA HEPATICA POR LAPAROSCOPIA

### A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ H. C.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

### B. DECLARACION DEL PACIENTE:

1. Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha propuesto se me realice una biopsia hepática por laparoscopia como mejor alternativa de diagnóstico. Otra posibilidad es realizar una biopsia hepática percutánea dirigida por imágenes.

He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la biopsia hepática por laparoscopia. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique.

Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, acepto que mi riesgo en la biopsia hepática por laparoscopia aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos de la Clínica Ricardo Palma, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna.

Entiendo que el médico empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante la biopsia hepática por laparoscopia, al igual que todos los medios técnicos de esta clínica disponibles para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con el procedimiento y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación.

### INFORMACION GENERAL

La biopsia hepática por laparoscopia es una técnica que consiste en obtener una pequeña muestra de hígado por instrumentación laparoscópica. Esta muestra posteriormente podrá ser estudiada al microscopio o cultivada según las necesidades. Puede realizarse con anestesia local. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pueda ser importante.

Se introduce aire en el abdomen y tras ello, un aparato óptico fino (laparoscopio), que permite la exploración abdominal y determinar el punto más seguro de punción. La biopsia se tomará mediante el uso de una aguja especial.

Después de la biopsia se monitorizará al paciente durante 24 horas.

Posibles riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

- Dolor local o referido al hombro.
- Enfisema subcutáneo.
- Fracaso en la obtención de la muestra.
- Reacción alérgica al anestésico local.
- Hemorragias hepática o local. Hemoperitoneo.
- Infección local o generalizada.
- Derrame pleural.
- Lesión de vísceras abdominales.
- Perforaciones de intestino delgado o grueso.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

2. Doy consentimiento para que se me realice la biopsia hepática por laparoscopia y se fotografíe o filme el procedimiento, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.

3. Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes si fuese necesario durante el procedimiento, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.

4. En cualquier caso deseo que se respeten las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase ninguna):

---

5. La Clínica Ricardo Palma queda expresamente autorizada, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del médico, sea necesaria para preservar mi vida y mi integridad personal liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas que sean necesarias para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.

6. Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de iniciarse el procedimiento; y que de no aceptar la biopsia hepática por laparoscopia propuesta en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.

#### C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Médico que informa o realizará el procedimiento: \_\_\_\_\_

He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico tratante y/o informante  
C.M.P.

2. He sido informado por parte del médico del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.

Asimismo, declaro que tengo conocimiento que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor o a consecuencia de mi imprudencia o la de mis familiares, el médico informante y/o tratante y de la Clínica Ricardo Palma se eximen de toda responsabilidad administrativa, Civil o Penal.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo **EXONERO** de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomo, señalando expresamente que mi decisión es **LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCION DE NINGUNA INDOLE.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

Doc. Identidad:

Fecha:

Hora:

3. Tutor legal o familiar (Incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):

Sé que el paciente \_\_\_\_\_ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización del mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del tutor legal o familiar  
Doc. Identidad:

Hora:  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Testigo  
Doc. Identidad:  
Parentesco:

---

#### DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN / REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del paciente tutor legal o familiar  
Doc. Identidad:  
Hora:  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico tratante y/o informante  
C.M.P.

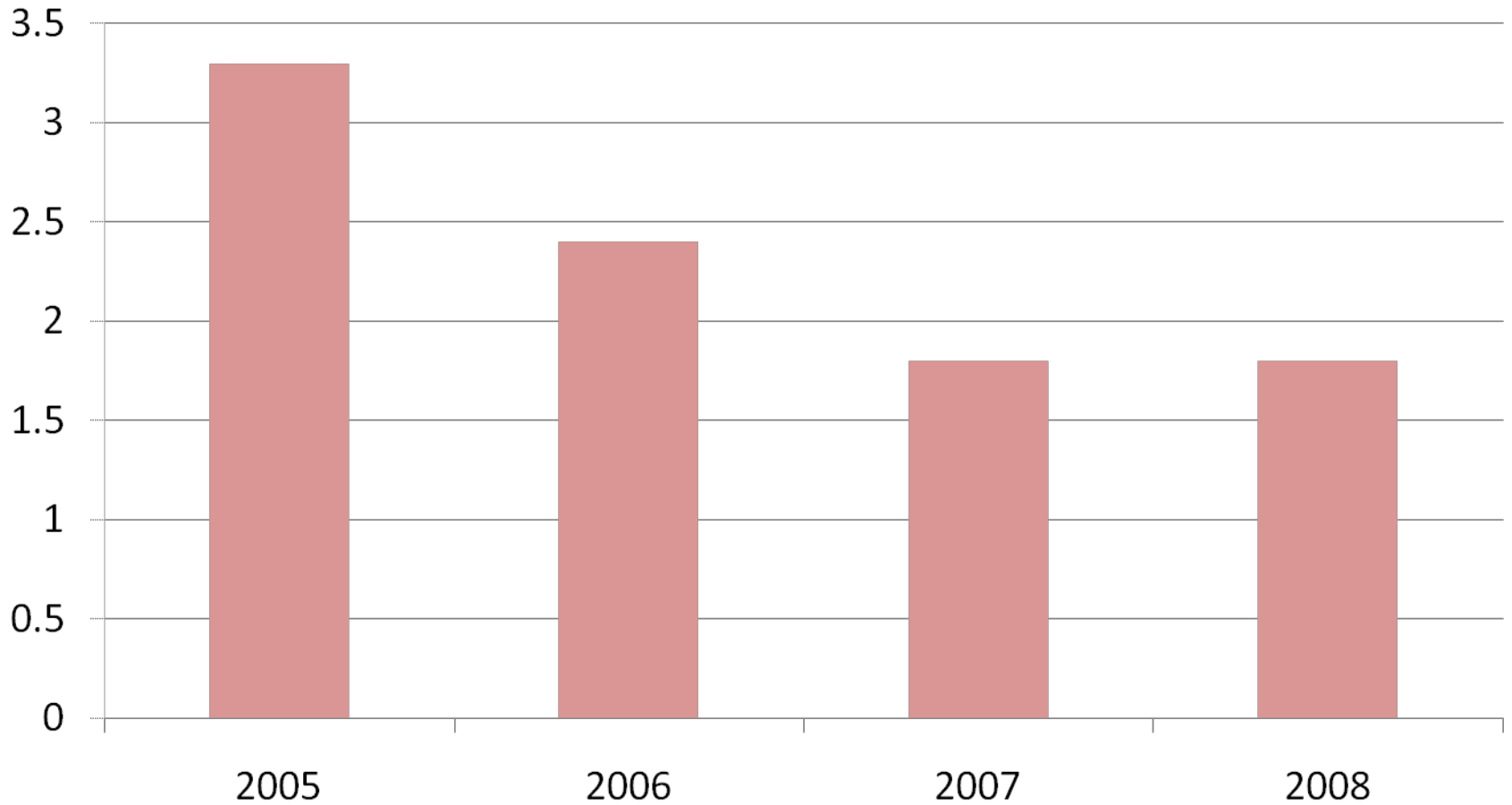
# INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (AHRQ)

1. Reacciones y complicaciones anestésicas
2. Mortalidad en GRDs de baja mortalidad
3. Úlceras de decúbito
4. Fallos de atención urgente
5. Olvidos de cuerpo extraño
6. Neumotórax iatrógeno
7. Infección asociada a cuidados médicos
8. Fracturas postoperatorias de cadera
9. Hemorragia y hematomas postoperatorios
10. Fracaso renal postoperatorio
11. Fallo respiratorio postoperatorio
12. Tromboembolismo postoperatorio
13. Sepsis postoperatoria
14. Dehiscencia de sutura en cirugía abdominopélvica
15. Cortes y pinchazos accidentales
16. Transfusión errónea
17. Trauma obstétrico neonatal
18. Trauma obstétrico en partos vaginales con instrumentación
19. Trauma obstétrico en partos vaginales sin instrumentación
20. Trauma obstétrico en cesáreas

University of California at San Francisco-Stanford University Evidence-Based Practice Center. Evidence report for measures of patient safety based on hospital administrative data—the patient safety indicators. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2002.

# TASA DE FLEBITIS

IDENTIFICACIÓN



N° Flebitis / Días con Catéter Periférico  
Por 1000 días



*Instituto Nacional de Defensa de la Competencia  
y de la Protección de la Propiedad Intelectual*

# REQUISITOS PARA UNA DENUNCIA

- Datos del denunciante: Nombre o razón social, DNI o RUC, domicilio y teléfono. Asimismo, el domicilio dónde desea recibir las notificaciones. En el caso de personas jurídicas, deberá acompañar los poderes del representante legal (\*).
- Datos del denunciado: Nombre o razón social, RUC y domicilio del proveedor. En caso desconozca su domicilio, deberá adjuntar una declaración jurada simple indicando que ha agotado todos los medios para conocer la dirección requerida.
- Resumen de los hechos materia de denuncia, de manera clara y concisa, especificando el bien o servicio denunciado, así como la fecha del hecho infractor.
- Presentación u ofrecimiento de pruebas que acrediten los hechos alegados en la denuncia.
- Indicar cuáles son las medidas correctivas que solicita, de ser el caso.
- Indicar si el proveedor ha sido denunciado en otras oportunidades por hechos similares, si se conoce.
- Incluir el lugar, fecha, firma o huella digital, en caso no supiese firmar o se encontrase impedido.

# REPRESENTACION EN UN PROCESO

- En los casos en los que el denunciante cuente con un representante, éste último deberá presentar la documentación que lo acredite como tal.
- En los casos en los que el denunciante sea una persona jurídica o una asociación de consumidores, deberá presentar los documentos que acrediten su existencia y representación.
- En los casos en los que la denuncia sea presentada por una asociación de consumidores en defensa de uno de sus asociados, deberá presentar la documentación que demuestre que éste es miembro de la misma.
- En los casos en los que la denuncia sea presentada por una asociación de consumidores en defensa de los intereses difusos de los consumidores, deberá presentar copia de la Escritura Pública de su constitución y una declaración jurada que se encuentra inscrita en el registro respectivo.

**ADVERTENCIA:** Deberá adjuntarse al presente documento un escrito señalando de manera clara, ordenada y detallada los hechos de la denuncia. El presente documento no constituye un formato de denuncia.

**DATOS GENERALES DE LA DENUNCIA**

1. **DATOS DEL DENUNCIANTE:** (si fuera más de uno, solicitar y llenar el anexo (y marcar recuadro con una "X"):  
Nombre completo al ser persona natural o nombre exacto de la razón social si es persona jurídica

DNI  ó Número de RUC  Teléfono

Domicilio donde hacer llegar las notificaciones

Referencias de la ubicación del domicilio

2. **DATOS DEL PROVEEDOR DENUNCIADO:** (si fuera más de uno, solicitar y llenar el anexo (y marcar recuadro con una "X"):  
Nombre completo al ser persona natural o nombre exacto de la razón social (vigente al ser una persona jurídica)

Nombre completo y N° de DNI (del Representante legal)

Domicilio claro donde hacer llegar las notificaciones (indicar el domicilio actual, bajo señalamiento que la denuncia sea declarada inadmisible), así como referencias del domicilio. Se deberá verificar previamente.

Referencias de la ubicación del domicilio

Dirección de correo electrónico  Teléfono

**3. RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN OBLIGATORIAMENTE PARA TODAS LAS DENUNCIAS:**

Escrito de denuncia	Comprobante de pago de la tasa (1)	
Formulario de solicitud de medidas correctivas y de costas y costas (F-CPC-03)	Si la denunciante es Persona Jurídica: Poderes de representación, documentos que acrediten su existencia y R.U.C.	
Copia del Documento de Identidad (DNI) del denunciante o representante	Si la denunciante es una asociación: Copia simple de la escritura pública de su estatuto, Declaración Jurada de encontrarse inscripta en el INDECOP y si la denuncia es por un miembro individual, los documentos que acrediten que ellos representados es/son miembros de ella.	

**4. RELACION DE DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE, DE SER EL CASO, SEGUN SECTOR**

Marque con una "X" los documentos que adjunte a su escrito de denuncia según el sector denunciado:

 **ELECTRODOMESTICOS**

Cartas que se hubiera cursado con el proveedor	Copia de garantía	
Copia del Informe Técnico en caso de revisión del equipo	Copia del Manual del Usuario	
Orden de Servicio Técnico (Informe del Servicio Técnico o constancia que el producto lo tienen para repararlo, precisando fallas y condiciones en que ingresó al análisis)	Copia del documento de venta o de prestación del servicio (boleto, factura, guía de remisión, proforma, etc.)	

 **BIENES Y OBRAS**

Copia de Garantía	Fotografías que acrediten estado del producto	
Copia del documento de venta o de prestación de servicio (boleto, factura, guía de remisión, proforma, etc.)	Cartas que se hubiera cursado con el proveedor	

 **INMOBILIARIO**

Recibos, boletas o facturas	Actas de suscritos, de ser el caso	
Copia del contrato de compraventa y anexos	Copia del contrato de opción de compra, de ser el caso	
Acta de constatación policial	Comunicaciones que se hubiera cursado con el proveedor (cartas, correos electrónicos)	
Fotografías que acrediten las fallas	Planos de construcción	
Planos de estructura, declaratoria de obra, habilitación	Acta de entrega del inmueble	
Documentos que acrediten las condiciones ofrecidas	Informe técnico y carta que acrediten las fallas	

 **SEGUROS Y AFP**

Copia de constancias de evaluaciones médicas previas a la contratación del seguro (en caso de seguros médicos o de salud)	Copia de Recibos de pago de las primas (especialmente si denuncia anulación de póliza por falta de pago)	
Copia de Constancias de Seguro	Copia de Pólizas completas	
Comunicaciones que se hubiera cursado con el proveedor (cartas, correos electrónicos)	Pericias e Informes que acrediten el siniestro a cubrir (partida de defunción, pericias e Informes sobre la enfermedad o accidente, etc.)	

 **SERVICIOS BANCARIOS Y FINANCIEROS**

Contrato celebrado con el Banco o entidad financiera.	Comunicaciones que se hubiera cursado con el proveedor (cartas, correos electrónicos)	
Estados de cuenta remitidos	Copia legible de la tarjeta de crédito por ambos lados	

 **SERVICIO MEDICO**

Comunicaciones que se hubiera cursado con el proveedor (cartas, correos electrónicos)	Copia de evaluaciones médicas	
Copia del documento de prestación del servicio (boleto, factura, guía de remisión, proforma, etc.)	Copia de Historia Clínica completa (emergencia, consultorio, hospitalización, etc.)	
Pericias o Informes que acrediten la enfermedad y en los cuales se precise la fecha de ocurrencia de la misma	Declaración Jurada en la que se autorice la entrega completa de la historia clínica a la Secretaría Técnica	
Fotografías	Formato de requerimiento de facultades para efectuar requerimiento de historia clínica.	

 **SERVICIOS DE TRANSPORTE**

Boleto original	Copia del documento de venta o de prestación del servicio (boleto, factura, guía de remisión, proforma, etc.)	
Itinerario de viaje	Reservaciones	
Cartas que se hubiera cursado con el proveedor	Itinerario original y copia de reservas (aerolínea)	

 **VIAJES**

Comunicaciones que se hubiera cursado con el proveedor	Copia del documento de venta o de prestación del servicio (boleto, factura, guía de remisión, proforma, etc.)	
Constancia de condiciones ofrecidas		

**NOTA:** Usted podrá adjuntar cualquier otro documento que considere que ayudará a resolver el caso de acuerdo a la Comisión al momento de enviar su reclamo.

Declaro bajo juramento que los datos consignados en este documento y que los documentos adjuntos son verdaderos.

Ciudad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_.

Firma del Denunciante o del Representante

Nombre completo del Denunciante

Número de documento de identidad

F-CPC-047D

<sup>1</sup> El pago de tasa se realiza en la caja de Sede Central del Indecopi o se puede realizar el depósito de la tasa en los siguientes bancos:

Banco de Crédito : 193-1191122-0-34

Banco BCP: 0199211

Banco de la Nación: 000-262242

(EN CASO HUBIERA MÁS DE UN DENUNCIANTE O DENUNCIADO, ADJUNTAR ESTA HOJA)

## ANEXO 1

## DATOS DEL DENUNCIANTE 2

Nombre completo si es persona natural o nombre exacto de la razón social si es persona jurídica

DNI  ó Número de RUC  Teléfono 

Domicilio donde hacer llegar las notificaciones

## DATOS DEL DENUNCIANTE 3

Nombre completo si es persona natural o nombre exacto de la razón social si es persona jurídica

DNI  ó Número de RUC  Teléfono 

Domicilio donde hacer llegar las notificaciones

## DATOS DEL DENUNCIANTE 4

Nombre completo si es persona natural o nombre exacto de la razón social si es persona jurídica

DNI  ó Número de RUC  Teléfono 

Domicilio donde hacer llegar las notificaciones

## DATOS DEL PROVEEDOR DENUNCIADO 2

Nombre completo si es persona natural o nombre exacto de la razón social vigente si es una persona jurídica

Domicilio claro donde hacer llegar las notificaciones (Indicar el domicilio actual, bajo apercibimiento que la denuncia sea declarada inadmisible) así como referencias del domicilio (opcionales). Se recomienda verificarlo previamente.

Dirección de correo electrónico

Teléfono

## DATOS DEL PROVEEDOR DENUNCIADO 3

Nombre completo si es persona natural o nombre exacto de la razón social vigente si es una persona jurídica

Domicilio claro donde hacer llegar las notificaciones (Indicar el domicilio actual, bajo apercibimiento que la denuncia sea declarada inadmisible) así como referencias del domicilio (opcionales). Se recomienda verificarlo previamente.

Dirección de correo electrónico

Teléfono

## DATOS DEL PROVEEDOR DENUNCIADO 4

Nombre completo si es persona natural o nombre exacto de la razón social vigente si es una persona jurídica

Domicilio claro donde hacer llegar las notificaciones (Indicar el domicilio actual, bajo apercibimiento que la denuncia sea declarada inadmisible) así como referencias del domicilio (opcionales). Se recomienda verificarlo previamente.

Dirección de correo electrónico

Teléfono

# LA COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

## Obligaciones del Proveedor

- Entregar el comprobante de pago al consumidor por cada transacción que realice.
- Indicar el precio de los bienes y servicios que ofrece en nuevos soles, incluyendo el Impuesto General a las Ventas.
- Responder por la calidad, veracidad e idoneidad de los bienes y servicios que ofrece.
- Informar sobre los riesgos previsibles que contenga un producto o servicio, de acuerdo a su naturaleza.
- Atender los reclamos presentados por sus consumidores en un plazo no mayor de 30 días calendario, salvo causa justificada; sin condicionarlo a la cancelación previa del producto o servicio materia de reclamo, o de cualquier otro pago.

# LA COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

## Que medidas puede ordenar

- Solicitar a la autoridad municipal correspondiente, la clausura temporal del establecimiento o negocio hasta por un máximo de 60 (sesenta) días calendario.
- Devolución de la contraprestación pagada por el consumidor.
- Que el proveedor cumpla lo ofrecido en una relación de consumo, siempre que dicho ofrecimiento conste por escrito en forma expresa.
- La devolución o extorno, por el proveedor, de las sumas de dinero pagadas por el consumidor cuando el producto entregado o servicio prestado no corresponda a lo que haya sido expresamente acordado por las partes.

# LA COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

## Que medidas puede ordenar

- Que el proveedor cumpla con atender la solicitud de información requerida por el consumidor, siempre que dicho requerimiento guarde relación con el producto adquirido o servicio contratado.
- Que el proveedor pague las coberturas ofrecidas en los seguros contratados por los consumidores, quedando sujeto el importe al cumplimiento de las condiciones establecidas en la correspondiente póliza de seguros .
- Cualquier otra medida correctiva que la Comisión considere pertinente ordenar y que tenga por finalidad revertir los efectos que la conducta infractora hubiera ocasionado o evitar que ésta se produzca nuevamente en el futuro.