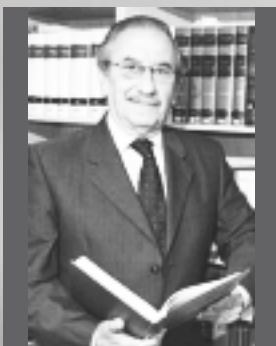


Prevención del Riesgo Médico

ESCRIBE

Fernando G. Mariona



Abogado
Director-Gerente de Sinistros y
Asuntos Legales
TPC, Compañía de Seguros S.A.

Metodología

Durante varios años, el objetivo general de la prevención del riesgo médico, fue el incremento de la calidad de los servicios sanitarios, la seguridad de los profesionales y de los pacientes, y evitar pérdidas económicas innecesarias. Los pasos que se consideraron para ese proceso de gestión, fueron: analizar el contexto en el que se desarrollaba la actividad, identificar los riesgos a los que se hallaba expuesta, analizar dichos riesgos, evaluarlos en materia de secuencia, frecuencia, prelación y severidad, y por último darle un tratamien-

to para tratar de reducirlos.

Luego del Informe “Errar es humano”,¹ se ha hecho aun mayor hincapié en la cuestión de la Seguridad del Paciente, así como en el tratamiento del error de la Organización Médica, para tratar de evitar la producción de aquellos daños que resulten evitables. Finalmente, los abogados que nos dedicamos a este tema, una vez más, gracias a los médicos y a la ciencia médica, hemos podido encontrar una metodología de trabajo, que nos permite contrarrestar las acciones de la jurisprudencia y la doctrina jurídica, para tratar también nosotros, en un trabajo eminentemente interdisciplinario, colaborar no solo en evitar la producción

de daños, sino también en adicionarle una explicación jurídica a la necesidad de llevar adelante este tipo de acciones. Es decir que afortunadamente, nuestra tarea va mucho más allá del Consentimiento Informado y la Historia Clínica. La cuestión es que no siempre encontramos receptividad para su aplicación.

Si bien el riesgo nulo en Medicina no existe, el RIESGO EVITABLE estamos convencidos que sí existe. Para poder determinar cuáles son los riesgos evitables, es preciso realizar un análisis sisté-

¹ “To err is human”. Building a safer health system. Institute of Medicine. Washington. EEUU. 2000.

mico de los eventos adversos o accidentes relacionados con los tratamientos médicos de distinta naturaleza. Casualmente es esta evitabilidad del daño lo que el Derecho de Daños exige de los médicos. Y no solo eso, además la demostración documentada de que trató de evitarse.

Una cuestión fundamental es poder determinar cuáles son los accidentes evitables. Para ello, debemos tipificarlos: unos serían los que son consecuencia de una falla del médico, y los otros los que podríamos denominar, o bien aleatorios o bien propios de la misma práctica, o de la Organización. Ya hemos dicho muchas veces que los que son aleatorios o hasta inevitables para la propia Medicina, jamás podremos evitarlos. La cuestión es conocer cuáles son éstos últimos, y ponerlo en conocimiento del paciente.

**Para identificarlos,
hay que hacer
EPIDEMIOLOGÍA
DE LOS ERRORES.
PERO EN SERIO.
NO ATENEOS
JUSTIFICADORES.**

La Gestión de los Riesgos debe ser realizada sobre aquellos eventos que se corresponden con fallas de los médicos o de la organización médica, para lo cual es necesario identificarlos.

Una vez que ello ocurre, deberá ser relativamente sencillo oponerle una me-

didia correctiva. Las estadísticas que nosotros venimos produciendo desde nuestra tarea profesional de aseguradores del riesgo de responsabilidad profesional médica, nos indica que las fallas de los médicos o de la Organización Médica ocurren con una determinada frecuencia, y se repiten.

¿Cómo evitar entonces que esta fallas puedan repetirse?

Pues aplicando una determinada metodología para la Gestión de los Riesgos a los que se halla expuesta la práctica de la Medicina.

Algunos trabajos de investigación permiten establecer que tanto en la actividad industrial con algún grado de complejidad, cuanto en las denominadas Obras Públicas, entre un 65 a un 80% de las fallas se deben a errores cometidos por actores de primera línea.

Las fallas de los Sistemas Complejos, entre los cuales la actividad de los cuidados de la salud puede ser incluida, son de dos tipos diferentes: por una parte las denominadas **fallas patentes** o **errores activos**, que son cometidos por actores de primera línea, y las **fallas latentes**, que son los defectos de la Organización, que se corresponden con una determinada característica de errores dentro del Sistema, que permite que acontezcan los errores activos.

Un error de lado o de miembro en un acto quirúrgico, no es solamente fruto de la falla de un actor de primera línea. Esta Metodología de trabajo, denominada de Gestión de los Riesgos Médicos, se transforma en una lucha permanente contra los errores humanos, pues resulta imposible suprimir el error en el accionar humano, sea cual fuere la

calidad de la formación en el recurso humano. Obviamente, mayor frecuencia y severidad poseerán estos errores, si además no se procede a la formación del personal, para tratar de evitar su producción. Por ello es necesario integrar al Sistema del tratamiento de los errores ya producidos, mecanismos de lucha contra ellos.

La lucha contra los errores humanos

Un Sistema seguro no es aquel en el cual no se cometen errores, sino un Sistema que ha desarrollado métodos para protegerse de la comisión de errores. Dicha protección debe ser de dos niveles, dentro de la organización: hacia arriba, luchando contra las **fallas latentes** que favorecen los errores, y hacia abajo, instalando **defensas en profundidad**, para disminuir e inclusive anular las consecuencias de los errores.

Las fallas latentes en una Organización Médica tienen distintos orígenes: el management, los procesos de la Organización, el equipamiento tecnológico, el material quirúrgico, los procedimientos médicos estándares, la formación de las personas a cargo de la prestación de los cuidados, la ausencia de mandos, las fallas de la intercomunicación interna.

Podríamos ejemplificarlos con: competencia inadecuada de los intervinientes en las misiones confiadas; ausencia de formación, falta de organización del trabajo, inexistencia de procedimientos preestablecidos, insuficiencia de personal, material inadecuado u obsoleto, entre alguno de ellos.

Las defensas en profundidad pueden ser vistas como, el diseño de sistemas

correctores de errores, alarmas, cumplimiento de leyes, resoluciones, reglamentos, normas de buena práctica.

Búsqueda del error vs. Análisis médico-legal

En nuestro trabajo profesional diario estamos acostumbrados a realizar dos tipos de análisis del riesgo médico. Cuando se nos denuncia un siniestro, y nos reunimos con la totalidad de la documentación clínica, buscamos el error y quién y cómo fue cometido, para saber a quién adjudicarle la responsabilidad, y cuál será la mejor forma de llegar a un acuerdo. Si no podemos solucionar la cuestión frente al reclamo, y se llega a un juicio para ello, otra vez analizaremos cuál y cómo será la mejor defensa para nuestro asegurado.

Muchas veces esto es llamado por mis colegas Prevención del Riesgo Contrariamente a lo comentado, en la Gestión de Riesgos Médicos, en mi modesto entender, no está exclusivamente centrada en los errores de los operadores, sino más que nada en la insuficiencia de las defensas de la Organización, que ha permitido que el error del operador degenerase en un accidente o en la producción de un daño, que podría haberse evitado. Es decir, un análisis sistémico del accidente.

El trámite de la Gestión del Riesgo y la Seguridad del Paciente consiste en:

- 1.- determinar si existe o no una falla en el accidente y en caso afirmativo, si se trata de un error o de una desviación, con el fin de:
- 2.- investigar si las defensas estaban

instaladas, y en caso afirmativo por qué no cumplieron con su rol,

2.-1. si hubieron defectos de la organización que favorecieron la ocurrencia del error.

Los errores

Cuando Dalmacio Vélez Sarsfield redactó el Código Civil Argentino, (1872) recurrió a lo que se conoce como “Fuentes del Derecho”. Entre ellas, el Derecho Romano, el Código Civil Francés, o Código Napoleón, y por supuesto a sus tratadistas y comentaristas.

Vale decir, aquellos a quienes con sus razonamientos lógicos y jurídicos permitieron la redacción de cada norma.

Respecto del error, la fuente inspiradora fue un notable jurista alemán, comentarista del derecho Romano, llamado Federico Carlos von Savigny, nacido en 1779 y fallecido en 1886, quien decía: *La noción exacta de una cosa puede faltarnos, ya porque no tengamos ninguna idea, o ya porque tengamos una falsa idea. En el primer caso, decía, hay ignorancia, en el segundo error.*

En general el Derecho define el error como un vicio del consentimiento, causado, por equivocación de buena fe, pero que anula el acto, sobre todo si afecta lo esencial del mismo, o de su objeto. Imaginen ustedes si con esto se causa un daño.

El diccionario de la Real Academia lo define como: concepto equivocado o juicio falso; acción desacertada o equivocada.

El error en Medicina, puede producir estragos, y ocurre que para que el médico o la Institución no sean sancionados por ello, deberán demostrar que dicho error es excusable, o bien que se fue diligente en tratar de evitarlo. Difícil tarea si no hay Protocolos y Documentación del Cumplimiento.

Cuando se analiza esta conducta del error respecto de los médicos, se lo hacía generalmente en referencia al diagnóstico, pero hoy en día a ello debemos sumarle los denominados errores de la Organización, que son los que vemos todos los días que producen daños en personas, que bien pudieron ser evitados.

Existen tres tipos de errores humanos

- Los errores de rutina (los más frecuentes)
- Los errores de activación de conocimiento
- Los errores de posesión de conocimiento

Los primeros acontecen, pues cuando nos familiarizamos con una rutina, lo hacemos en forma automática, nos tomamos confianza y ... nos equivocamos.

Los segundos ocurren porque fallamos en la posesión del conocimiento básico del tema que estamos trabajando, o porque p.ej. no sabemos hacer una lectura comprensiva de los hechos.

Tal vez una más ajustada tarea de Certificación Institucional lo podría detectar.

Los errores de posesión de conocimiento, tienen mucha relación con lo ante-

rior, a lo que podríamos agregarle la necesidad de una permanente actualización, y la verificación de que ello ha

existido en el RRHH a quien permitimos que se desempeñe dentro de las Instituciones Sanitarias.

Trataremos de dar un **ejemplo**, surgido de nuestro día/día en la atención de reclamos:

Una mujer de 46 años se realiza una intervención por síndrome de túnel carpiano izquierdo. A las 14 le hacen anestesia regional (20ml. de xilocaína al 1%, diluidos en 20ml de suero fisiológico). Existe necesidad de agregar Hypnovel 2mg. X 2 y Rapiñen 1,5 mg. A las 14, 30 al finalizar la intervención el miembro superior está cianótico y muy doloroso. Hay ausencia de causa quirúrgica pero se establece que el anestésico no había sido disuelto con suero fisiológico sino en Cloruro de Sodio hipertónico 20 mg. X 100. Qué dijo la pericia médica judicial: “el médico

anestesta hubiera debido verificar la naturaleza de la ampolla utilizada para diluir la Xilocaína. Dio pruebas de una falta elemental de precaución en la preparación de la solución anestésica. Pero el almacenamiento de ampollas de Cloruro de Sodio, de concentraciones diferentes en el mismo cajón del botiquín del quirófano solo podía favorecer este tipo de error, aun cuando, al fin y al cabo, el médico siempre debe verificar la naturaleza del contenido de la ampolla.”

Evidentemente el error cometido por el anesthesiologo es un error de rutina. Enfrascado en su rutina cotidiana, ese médico no imaginaba que pudiera ocurrir un problema.

Cabe preguntarse entonces si **un defecto de la Organización favoreció este**

error de rutina del médico: evidentemente la respuesta será afirmativa.

Cuál fue: el almacenamiento de ampollas de Cloruro de sodio de concentraciones **diferentes** en el **mismo** cajón en el quirófano.

Situaciones como la descripta o simila-

res, son las que luego entorpecen la posibilidad de obtener una rápida solución al reclamo, sobre todo por la asunción de las responsabilidades, su determinación, y sobre todo en que existan distintos aseguradores del Riesgo de RC Médica: uno por el médico y otro por el establecimiento médico.

Cabe preguntarse entonces:

¿existían **defensas en profundidad** puestas por la Organización para evitar que ese error provocara el accidente?

De la investigación realizada para evitar la repetición del error surgió que **no**.

¿Cuál debería haber sido?

tal vez la necesidad de un último control antes de la inyección de productos que se utilizan para la preparación de solución inyectada a cargo de quién la realiza, o mejor aun, por otro miembro del equipo.