

Declaración de incidentes Accidentes en los establecimientos de salud



Por Fernando G. Mariona - Abogado (*)

En los establecimientos de salud, la gestión de los riesgos para la seguridad del paciente se estructura a menudo en torno a la implementación de un sistema centralizado de señalamiento de incidentes y de accidentes (Kavaler y Spiegel, 1997), cuyo origen bien podría ser el Formulario Interno de Recolección de Incidente. Ese sistema suele ser considerado como la fuente principal, y a veces exclusiva, de identificación de los riesgos. ⁽¹⁾

Más de 25 años de práctica y trabajo de campo, especialmente en la Argentina y otros países de la región, me permiten precisar, mediante el análisis de la literatura, los diferentes objetivos y usos de esos sistemas de señalamiento, definiendo mejor su interés y sus límites, identificando los requisitos previos y los factores de una implementación exitosa.

Esto en la Argentina no existía en esa dimensión ni metodología, hasta la aparición de los *Sistemas de Acreditación en Establecimientos*. Sin embargo, no se advierte la efectiva presencia de sistemas de prevención de daños y de seguridad del paciente desde, por y para el recurso humano de los establecimientos. Están más bien basados en transferirle la responsabilidad al paciente. Y en anunciar la preocupación sobre la seguridad del paciente, *pour la gallerie*.

Para empezar, habría que recurrir a la memoria de los más "antiguos" del plantel, al menos será un comienzo, para recordar los accidentes y los incidentes. Pero luego habrá que adoptar un método. ¡Habrá que innovar! ⁽²⁾

LOS OBJETIVOS Y LOS USOS

Verónica De Keyser identifica cuatro categorías de utilización de los sistemas de señalamiento de incidente, cuyos diferentes objetivos pueden ser sometidos a un seguimiento simultáneo (De Keyser, 2001). ⁽³⁾

a) La prevención

Puede aplicarse caso por caso y/o sobre una base estadística. Y requiere:

- que cada incidente sea tratado por expertos en el campo correspondiente para que quede el dato y luego pueda prevenirse -en realidad tratar de evitarla- la **recurrencia**; (tratar de no tropezar dos veces con la misma piedra).

Por ejemplo: aquellas situaciones francamente aleatorias que se han repetido más de una vez, y no se incluyen entre los riesgos a comunicar en un Consentimiento Informado de una determinada especialidad.

- que la confidencialidad no impida la aplicación de acciones correctivas, no punitivas.

Es importante definir las modalidades de clasificación y de análisis de los incidentes y de sus causas (Van Veuren, 1999).

Los enfoques, generalmente empíricos se estructuran progresivamente: la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (**JCAHO**) propuso, para los accidentes, una actitud sistemática de análisis de las causas (root cause analysis); el enfoque desarrollado por Charles Vincent para analizar los incidentes se puede ver en los anexos 4 y 4 bis (ALARM: Association of Litigation and Risk Management). ⁽⁴⁾

El **ITAES** en nuestro país ha diseñado estándares para la creación de lo que denomina un "**Sistema de Prevención de Incidentes de Seguridad**" ⁽⁵⁾ que incluye herramientas como la documentación que un establecimiento médico polivalente de atención de agudos debería tener disponible, es decir un programa de gestión de riesgos, normas para investigar retrospectivamente, designación de un responsable y/o la creación de un comité de seguridad, ejemplo documental de comunicación no punible (Reporte de incidentes interno), capacitación del personal para la prevención de incidentes y normas para el control de la gestión del comité de seguridad.

b) La formación y la sensibilización de la organización ante los fenómenos de incidente y de error.

Es menos importante tratar un número elevado de casos que seleccionar casos ocurridos en la propia Institución, que aporten enseñanzas. Este tipo de tarea fue desarrollada por los anestesiólogos, a partir del trabajo de Harvard School of Medicine de 1986. ⁽⁶⁾

En ambos casos, la identificación y evaluación de los incidentes ya ocurridos y la puesta a disposición de los actores de primera línea en terreno de medidas de prevención o, de casos ejemplificadores, fue más importante que la recolección de un número importante de datos, para ayudarlos en la evolución y mejoramiento de sus prácticas. El sistema de recopilación y de análisis de los incidentes ocurridos debe ser completado por una amplia difusión de esas informaciones por medio de formales presentaciones en ocasión de las reuniones de servicio, publicaciones en el newsletter interno, o el método que el sanatorio prefiera o vea como más eficaz.

c) La vigilancia de la confiabilidad de un sistema, es decir la comparación de su performance actual con respecto a su estado anterior.

Dentro de esa perspectiva, la recopilación procura medir la evolución de un sistema comparado con su estado anterior, para poder detectar una degradación o, por el contrario, un mejoramiento. Se puede realizar cada 365 días. Es una de las tareas más difícil. El "follow up" en la Argentina es una de las estrategias más difíciles de cumplir. El plazo de dos años es muy razonable.

Su realización es difícil pues la cantidad de incidentes declarados, varía en el tiempo (es clásico constatar que después de un aumento en el momento de implementar el sistema, la cantidad de declaraciones tiende a bajar, sin que por eso haya mejorado la confiabilidad); por lo tanto las informaciones recogidas no son representativas, lo que explica las dificultades para definir comparaciones a través del tiempo (de un año a otro) o en el espacio (de un servicio o de un establecimiento de salud a otro). Un ejemplo burdo y sencillo: caída de camas.

d) Administrar mejor las quejas

La primera finalidad del sistema debería ser detectar los acontecimientos que podrían poner en juego la responsabilidad del establecimiento de salud, pensando que la investigación precoz de los accidentes permitirá la construcción de una defensa mejor en caso de litigio. Su eficacia ha quedado demostrada para identificar los acontecimientos que requieren una reacción importante (a raíz una potencial o real difusión mediática, o de un litigio potencial), mejorando así la gestión de las quejas (Lindgren y otros, 1991). (7)

Reconocemos que demostrar su eficacia para reducir efectivamente la ocurrencia de daños para los pacientes, el patrimonio institucional, los profesionales, los visitantes, o el

prestigio del establecimiento, dentro de la Institución, no nos resulta posible siempre, pues en general en la Argentina el *Formulario Interno de Recolección de Incidentes* casi no se utiliza, y tampoco existe la persona indicada en la Institución para ocuparse de una tarea casi de Mediación.

Sin embargo, en todos aquellos casos sobre los que hemos podido actuar casi inmediatamente, hemos tenido la suerte de evitar el disgusto. □

REFERENCIAS

- 1) Un "accidente" es un acontecimiento repentino e inesperado que suele tener consecuencias negativas para alguien (profesional, institución, paciente, pariente, paramédico, asegurador, prepaga, obra social, empresa de emergencias médicas). Un "incidente" tiene lugar de manera imprevista y a diferencia del anterior no tiene porqué causar daño.
- 2) "Principios de Gestión de Riesgos y Seguridad del paciente". Bárbara Youngberg, James & Barlett Learning, 2010.
- 3) De Keyser, V. "Le risque de defaillance et son controle par les individus et les organisation" Seminaire CRS, Université de Liege, 12-13 mars.2001.
- 4) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: "What every hospital should know about sentinel events". Oakbrook Terrace (IL), JCAHO 2000.
- 5) ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud) Manual de Acreditación, pág. 90.
- 6) "Estándares mínimos para monitoreo del Departamento de Anestesia del Harvard Medical School, y en octubre de ese año la American Society of Anesthesiologist (ASA) crea el Comité para la estandarización de los cuidados en Anestesia.
- 7) Lindgreen, DH, Christensen R, Mils DH "Medical malpractice riskmanagement early warning systems" Law Ccontempt Probl 1991:54 (1-2) 22-41

(*) Asesor Externo de TPC Compañía de Seguros S.A. CEO de RiskOut, Consultora Especializada en Responsabilidad Profesional Médica, Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente. Derecho de Seguros.