

Por Ley

ECOS Y COMENTARIOS



Seguridad clínica de los pacientes y seguridad jurídica del profesional

Por Ricardo De Lorenzo, socio-director de De Lorenzo Abogados

Es preciso comenzar poniendo en valor que los conceptos mencionados en el título: seguridad clínica de los pacientes y seguridad jurídica del profesional sanitario, van íntimamente ligados.

Una de las primeras relaciones entre personas fue, seguramente la asistencial. No en el sentido profesionalizado que ahora conocemos, aunque con la misma finalidad. Alguien que necesitaba ayuda para atender su salud y los cuidados de la misma y otra persona que por su experiencia o posición podía prestárselos. Más adelante vendrían la formación, los conocimientos y la profesionalización de la asistencia.

Caracterizan esta relación, además de su necesidad por parte de los pacientes, otras notas de la máxima relevancia. El riesgo es una presencia constante, en su desarrollo, a diferencia de otras relaciones de asistencia, distintas de la clínica, en donde el riesgo puede aparecer, en mayor o menor medida, pero no está omnipresente, como en este caso. Afecta, además, a nuestros bienes más queridos y valiosos, la salud e incluso la vida. Por si fuera poca la aleatoriedad e importancia que estas notas aportan, además, la atención sanitaria se suele desarrollar, en el terreno de la incertidumbre. **El profesional casi nunca actúa en condiciones de certeza**, pocas veces en el terreno de la probabilidad y casi siempre en el espacio mencionado de la incertidumbre. Esta enorme relativización del actuar sanitario alcanza, como es evidente, a las dos partes de la relación.

Una parte doliente y necesitada y la otra dispensando la atención que la primera requiere y la permanente amenaza a la seguridad de ambos (clínica en el paciente y jurídica en el profesional). La amenaza sobre seguridad afecta a las dos partes antes expresadas de la relación asistencial, si bien en facetas diferentes, como acabo de apuntar. El compromiso con la seguridad, en el caso del paciente, se encuentra básicamente en el terreno clínico, recordemos que es la parte doliente.

La relación se desarrolla de este modo, habitualmente, con distintos escenarios, modalidades y contenidos, pero bajo estas premisas básicas citadas. Asistencia, médica o quirúrgica, diagnóstica o terapéutica, curativa o rehabilitadora y tantas otras variables que cabe incorporar.

Conviene recordar que esta relación es de doble dirección y que los derechos de una parte constituyen las obligaciones de la otra. Anverso y reverso, así del cuadro general de derechos y deberes encuentran correspondencia en la parte contraria, en el otro elemento de la relación. **El derecho a obtener una prestación o una asistencia**, por parte del paciente, tienen su origen, precisamente, en la obligación del profesional sanitario de dispensarlas. Esta conexión y dependencia tienen una especial relevancia en el terreno de la seguridad clínica por el hecho de que el fallo en la seguridad clínica del paciente puede redundar en la seguridad jurídica del profesional, en el entendimiento de que los componentes de esta doble naturaleza, clínica y jurídica, son los colores que dibujan el escenario asistencial.

La seguridad asistencial es un componente básico de la calidad y un derecho insoslayable de los pacientes. Bajo este criterio axiológico es necesario entenderla y no sólo como un elemento de valor científico incuestionable en la práctica clínica.

La expresión "seguridad clínica" se ha convertido en uno de los conceptos más utilizados entre los diversos colectivos relacionados con el Derecho Sanitario (facultativos, centros, servicios y establecimientos sanitarios tanto de naturaleza pública como privada, corporaciones profesionales y Administraciones Públicas). El mundo de la salud se ha apoyado, como es de todo conocido, en la

experiencia obtenida en otras industrias de alta seguridad, como la aviación, para establecer sistemas de análisis de la información y elaboración de estudios sobre incidentes, que permitan el análisis y la mejora de estos.

Los profesionales del arte de curar y de cuidar nunca han de olvidar que el riesgo más relevante del ejercicio de la profesión es el que amenaza la vida y el bienestar del paciente, y que la seguridad clínica equivale, en realidad, a dominar los factores variables que intervienen en el ejercicio de la Medicina, así como aumentar al máximo las posibilidades de un resultado satisfactorio para el paciente. Hacer lo que, en verdad, permite defender mejor los intereses del enfermo suele ser a corto y a largo plazo lo que más conviene a los intereses de los profesionales de la asistencia sanitaria y a las instituciones, públicas o privadas, que ellos representan.

No debemos olvidar, no obstante, la complejidad del espacio asistencial y el hecho de que en la seguridad del paciente interaccionan todos los elementos que confluyen en la misma: Los profesionales que actúan, el medio asistencial y los elementos que en el mismo se utilizan, así como el propio paciente receptor de la asistencia, portador de un concreto proceso clínico.

Cuando se produce un daño al paciente, conviene recordar, que está acreditado en la experiencia clínica y estudios de seguridad, que no es por el fallo de uno sólo de estos elementos, sino por el fallo simultáneo o sucesivo de varios de ellos. Esto es particularmente evidente cuando el daño sucede dentro del medio asistencial. Traigo aquí el ya clásico ejemplo de la imagen del queso suizo y sus lonchas alineadas de pie y en paralelo, representando las defensas del sistema. Tienen unos agujeros que constituyen los fallos que amenazan la seguridad.

La flecha de los peligros apunta hacia las lonchas tratando de traspasarlas a todas ellas a través de los agujeros, para hacer aparecer el daño. No es posible, sin embargo, que esto suceda si las lonchas (defensas) no se encuentran alineadas de forma que la coincidencia de sus agujeros (fallos) permita el paso de la flecha a través de ellas, pasando el peligro, al otro lado de las lonchas, a convertirse en daño sanitario.

Producido el daño al paciente puede traer origen éste en el medio asistencial, sin personalización individualizada en su producción, o poder ser atribuido a persona o personas concretas. A su vez se puede derivar de fallos en la actuación, sin concurrencia de culpa, o en acciones culpables de alguien. Se abren, de este modo, dos grandes bloques de atentados a la seguridad clínica de los pacientes: Efectos adversos y resultados no deseados, por una parte y el error y la culpa en la actuación clínica, por otro lado.

Pero no debemos equivocar los conceptos, se utiliza el “Error Médico” para referirse a los errores que se suceden en los servicios clínicos bien sea de carácter ambulatorio o de hospitalización y da la sensación a quien lo oye o lo lee, que en el error estuvo comprometido un Médico. Sin embargo, considerando que en el error puede estar involucrado cualquier personal asistencial y no sólo Médicos, es conveniente llamarle “error clínico” en lugar de error médico.

Por otro lado seguir hablando de “Errores Médicos”, nos induce igualmente a errar acerca de lo que vamos a tratar porque, ya se ha dicho, no se debe analizar el problema de la responsabilidad en el campo de la salud, partiendo del error aunque sea frecuente acudir a esa terminología que es inexacta.

Y es que, a lo más que se ha llegado desde ese punto de partida, es a constatar bien que el error está presente en toda imprudencia, de donde el concepto no es útil, o bien a proclamar que no genera, por sí mismo, responsabilidad, porque nadie está exento de cometer errores. Por otro lado, **tomar como punto de partida el error en nada ayuda a comprender el verdadero problema**, porque parto de que no se trata de buscar un culpable, sino un responsable, es decir, quien repare el daño causado. En definitiva, el axioma jurídico es que fracaso no equivale a responsabilidad, y el error no es siempre Médico.

A partir de lo anterior debemos ser cuidadosos con la utilización de la terminología que se viene empleando de forma genérica por “Efecto Adverso”.

Efecto adverso, hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo. Por tanto, aquel efecto adverso que hubiera sido posible prevenir

utilizando medidas razonables, es por definición un “error clínico”.

La seguridad clínica está indisolublemente unida al concepto de garantías de la calidad y uno de los objetivos hoy prioritarios, es recordar a los profesionales del arte de curar, que nunca han de olvidar el único riesgo real del ejercicio de la profesión, que no es más que el que amenaza la vida y el bienestar del paciente, y que la seguridad clínica equivale, en realidad, a dominar los factores variables que intervienen en el ejercicio de la Medicina, así como aumentar al máximo las posibilidades de un resultado satisfactorio para el paciente.