



# Conciliación de la seguridad jurídica del sanitario con la situación clínica del paciente

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

Es preciso comenzar poniendo en valor que los conceptos mencionados en el título: **seguridad jurídica del profesional sanitario y situación clínica del paciente, van íntimamente ligados**, de modo que normalmente se condicionan entre sí, como voy a exponer a lo largo de esta colaboración.

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 se acaba 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.

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.

Es preciso mencionar aquellos condicionantes que nos alejan, de forma evidente, del objetivo seguridad de los pacientes, provenientes de diversos orígenes y concepciones: ausencia de cultura de identificación de los riesgos; los propios gestores, a veces, no reconocen los problemas de seguridad; falta de compromiso de algunos profesionales; no se utiliza la información de las reclamaciones para mejorar la calidad.

El terreno de la seguridad clínica, en cualquier organización asistencial, muestra, por otra parte, una serie de puntos críticos que suelen coincidir parcialmente, al menos, en los siguientes elementos: ausencia de órganos específicos en la detección y gestión de riesgos; déficit de circulación de la información en el medio clínico; personalización excesiva en la toma de decisiones; presión asistencial excesiva, que dificulta ocuparse del asunto seguridad; dificultad de protocolizar las decisiones sanitarias y enfoque culpabilista del error y el daño sanitario.

**Con esta situación de partida,** con la concurrencia de elementos que nos alejan del objetivo seguridad clínica de los pacientes y puntos críticos que dificultan la gestión de esta tarea capital en una organización sanitaria, **se hace imprescindible adoptar estrategias de acción** como son: constituir órganos específicos en identificación y gestión de riesgos; Impulsar sistemas y medios de información en la organización asistencial; formar especialistas internos en la gestión de riesgos; crear bases de datos sobre efectos adversos y resultados no deseados; motivar a los profesionales como protagonistas de este empeño y fomentar el debate constructivo sobre riesgos y errores en la asistencia.

**No debemos olvidar, no obstante, la complejidad del espacio asistencial y el hecho de que en la seguridad del paciente interactúan 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.**

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.

Estamos en presencia de los efectos adversos cuando se produce un contratiempo, no esperado, derivado de la asistencia que recibe el paciente y que le produce una lesión de mayor o menor gravedad. **Se da un resultado no deseado cuando la consecuencia de una actuación clínica sobre el paciente es distinta de la prevista.** En ambos casos, como es evidente, se afecta la seguridad clínica de la persona objeto de la asistencia.

Las causas de este tipo de incidentes son muy variadas. Se atribuyen a los medicamentos **el 37 por ciento, a las infecciones hospitalarias, otro 25 por ciento a las intervenciones quirúrgicas y el 13 por ciento restante a diversas causas.**

Los resultados de este riesgo sobre los pacientes son de graves consecuencias. La Organización Mundial de la Salud, por su parte, analizando un estudio de la universidad de Harvard concluyó que: **el 4 por ciento de los pacientes hospitalizados sufre algún daño,** solamente con motivo de su ingreso. Este daño ocasiona al 70 por ciento de los afectados algún tipo de incapacidad, temporal o permanente. El resultado del incidente tiene graves consecuencias en un 16 por ciento de los casos, **siendo mortal en el 4,4 por ciento de las ocasiones.**

Pero los nuevos rumbos emprendidos para la consecución de la seguridad clínica dibujan, hoy en día, una panorámica totalmente distinta sobre la calidad y sobre la consecución de dicha seguridad clínica. Y así, los profesionales encargados de la vigilancia de la seguridad clínica saben que su tarea consiste en anticiparse y no en ir a la zaga de los acontecimientos. El círculo donde se organiza y desarrolla la política de seguridad clínica es aquél donde se obtienen regularmente informes para la lucha contra los efectos adversos. **Quienes combaten dichos efectos estudian ahora, más que nunca, las causas reales de los resultados desfavorables y utilizan métodos racionales que ayudan a resolver los problemas que se presentan.** Una actuación correcta, hoy, en el terreno de la seguridad exige, no como antes corregir el error, o no solamente eso, sino anticiparse a ello y evitar que suceda. Visión proactiva, más necesaria cuanto más potentes y potencialmente peligrosos son los medios de la asistencia.

El efecto adverso, debo precisar, no obstante, que siempre fue considerado como un riesgo para los bienes de la institución y no para la vida o la salud del paciente.

Antiguamente, era raro que una institución sanitaria combinara estas dos funciones: **la lucha contra los efectos adversos y la garantía de la calidad, de modo que ciertos resultados desfavorables pusieran en marcha auténticos cambios en la asistencia sistemática de los futuros pacientes.** Y todavía resultaba más extraño que el personal encargado de la seguridad clínica gozara de suficiente impulso e influencia para que se crearan los niveles de garantías de la calidad que habrían de evitar resultados adversos en lo sucesivo.

Con respecto al Error y la Culpa en la actuación médica, puede afirmarse que la condición humana de quienes prestan la asistencia y la complejidad global de la práctica clínica son dos factores que, unidos, hacen que resulte casi imposible prevenir el error para la totalidad de las atenciones que se suceden en un centro asistencial.

Quiero, no obstante, dejar sentado algo que es definitivo enfatizar en materia de responsabilidad de los profesionales por errores en la asistencia. Seguridad jurídica de los profesionales, en definitiva. **Se trata de la falsa ecuación: error asistencial igual a responsabilidad.** Es incorrecto este planteamiento por cuanto que la simple equivocación de un profesional en su actuación no genera, "per se", necesariamente, responsabilidad. **Debemos partir de la carga subjetiva que tiene el concepto de error.** Errar, equivocarse, es actuar bajo una interpretación inadecuada de la realidad, tomando decisiones improcedentes, pero no necesariamente culpables.

Encontrar culpables, no obstante, lejos de beneficiar a una organización, la perjudica. La culpa supone un castigo y esta percepción genera miedo en las personas. Este sentimiento produce en las personas la necesidad de ocultar sus errores para no verse perjudicados en lo personal y más en lo laboral. **Con este comportamiento se pierde la posibilidad de encontrar el error, analizarlo y aprender de él para evitar su recurrencia.** Es esta la razón del direccionamiento del Instituto de Medicina en los Estados Unidos de América, de establecer sistemas de reporte obligatorio que generen en el futuro la cultura de aprender del error, en definitiva el objetivo de la seguridad clínica.

Debemos considerar que el error es normal que sea una confusión involuntaria y no consciente, acerca de un diagnóstico, la realización de una técnica, la aplicación de un protocolo o una actuación clínica en general. **Trae, el error, su causa, como digo, no de una actitud negligente del profesional,** sino de factores insertos en su prestación laboral como excesiva carga de trabajo en la jornada, prolongaciones imprevistas de jornada, infraestructuras inadecuadas, condiciones de trabajo no deseables y comunicación deficiente entre los profesionales.

La condición humana está ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción. De igual manera, **la respuesta primaria del ser humano cuando sucede un error, es buscar al culpable y castigarlo.** Con cada caso de daño o muerte de un paciente debido a un error y que trasciende a la opinión pública, los medios de comunicación, los entes de regulación gubernamental, las familias de los pacientes afectados, el público en general y la institución misma, buscan la culpa individual para enseñar un castigo ejemplar. Sin embargo, **culpar o castigar a alguien no asegura que una situación similar de daño a un individuo no se esté presentando simultáneamente en otro escenario clínico o que el mismo error no se vaya a repetir,** incluso en un futuro cercano, en la misma institución.