

SUMARIO

Pág. 2.
Nota del Editor.

Pág. 3.
"Infección intrahospitalaria
en el paciente crítico".

Pág. 7.
El Secreto Médico
El médico frente a la
administración de justicia.

Pág. 11
Programas de Reporte de
Eventos adversos:
Herramienta central en la
Gestión de Riesgo y la mejora
de la Calidad de la Atención
Médica.



Nota del Editor



Horacio E. Canto
Editor responsable

Estimados Asegurados:

Algunos números atrás en nuestra revista les entregamos algunas consideraciones sobre un tema de gran relevancia médico legal, como son las infecciones intrahospitalarias. No obstante, la magnitud del problema es tan importante actualmente, que hemos decidido volver a tocar el mismo en la presente edición.

Asimismo, hace algunos años les presentamos algunas consideraciones sobre la obligación de denunciar que tiene el médico, pero sin incluir aquellos casos en que el médico sea parte en una causa judicial, o sea perito o testigo, etc., y que abordaremos en esta oportunidad.

Finalmente, y convencidos de la trascendencia que tienen hoy en día los Programas de Reporte de Eventos Adversos en las instituciones de salud, queremos presentarles los principales lineamientos de uno de ellos.

Por otro lado, tal como les anticipamos en nuestro último número, como parte del Programa de Prevención de Riesgo que tiene vigente SMG Seguros tanto para los profesionales como para las instituciones aseguradas, desarrollaremos durante los meses de Septiembre y Octubre tres Jornadas en las que abordaremos temas de importancia médico legal.

Dichas Jornadas contendrán disertaciones sobre Responsabilidad Profesional Médica, Riesgo en la práctica de la Ginecología y la Obstetricia, Traumatología, Pediatría, Clínica Médica, Oftalmología y Diagnóstico por Imágenes.

Confianto en que ello sea de vuestro interés, los saluda atte.

Dr Horacio E. Canto
Gerente de Administración de Riesgo
Swiss Medical Group



Línea "On line 24 hs": (011)(15) 4947-7136
Dra Flichman.
Línea diurna: (011) 5239-6300
Dra March/Dr Susman (12 a 18 hs).
E-mail: guardia24@smg.com.ar

Infección intrahospitalaria en el paciente crítico

Dr. Hober Massieri

hober.massieri@swissmedical.com.ar

Introducción

Esta claro que las infecciones intrahospitalarias constituyen un serio problema sanitario en todo el mundo, que conlleva un aumento de la morbi-mortalidad para los pacientes y un considerable aumento de los costos para las instituciones y el sistema de salud.

A los avances en el campo de la medicina asociados a un mayor conocimiento, avances tecnológicos y un mayor arsenal terapéutico y de soporte vital, con la consiguiente incorporación de nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas muchas de ellas invasivas, se suma una mayor expectativa de vida y envejecimiento de la población, con una mayor prevalencia de patologías crónicas y mayor sobrevivencia de pacientes con patologías que comprometen su inmunidad (pacientes inmunocomprometidos), todo lo cual ha vuelto cada vez más compleja la atención hospitalaria y mayor el riesgo de desarrollo de infección durante la asistencia institucional del enfermo.

Se ha demostrado claramente que la implementación de un programa destinado a la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias, donde el correcto lavado de manos por parte del personal constituye la medida de mayor importancia e impacto epidemiológico, permite reducir el número de dichas infecciones, y es así que en la actualidad las infecciones intrahospitalarias son consideradas como uno de los mejores indicadores de calidad de la atención médica, que reflejan el resultado de acciones del equipo de salud susceptibles de ser modificadas de acuerdo a los estándares vigentes.

Sin embargo, la implementación exitosa de un programa de prevención y control de infecciones que implique un alto nivel de cumplimiento por parte del personal sanitario, es una tarea ardua y difícil de implementar y sostener en el tiempo.

Si bien existen publicaciones que han logrado, focalizando los esfuerzos en un punto determinado, alcanzar una tasa de infección 0 en algún tipo puntal de infección intrahospitalaria por un lapso de tiempo determinado, por ejemplo en infecciones asociadas a catéter por un año, en la mayoría de los casos un programa de prevención exitoso logra reducir la ocurrencia de dichas infecciones en aproximadamente un tercio, de modo tal que pensar en erradicar el problema de forma absoluta, definitiva y permanente, es una utopía en la actualidad.



Definición

Se define como infección intrahospitalaria toda infección adquirida durante una internación y que no se encontrara presente ó incubándose al momento del ingreso hospitalario del paciente.

Clásicamente se definía a la infección intrahospitalaria como aquellos procesos infecciosos que ocurren durante la hospitalización de un paciente, una vez transcurridas las primeras 48 a 72 horas del ingreso al hospital, o después del egreso hospitalario, que no se encontraban presentes ni en período de incubación en el momento de la admisión, cualquiera sea la causa que motivó la hospitalización, y cuya fuente fuera atribuible al hospital. En el año 1994 el Centro para el Control de las Enfermedades de Atlanta –USA- (CDC) redefinió el concepto de infección intrahospitalaria, que es el vigente y que la define como toda infección que no esté presente o incubándose en el momento del ingreso en el hospital, que se manifieste clínicamente, o sea descubierta por la observación directa durante la cirugía, endoscopia y otros procedimientos o pruebas diagnósticas, o que sea basada en el criterio clínico. Se incluyen aquellas que por su período de incubación se manifiestan posteriormente al alta del paciente y se relacionen con los procedimientos o actividad hospitalaria, y las relacionadas con los servicios ambulatorios.

Existen principios sobre los que se basa este nuevo concepto que ayudan a definir la infección intrahospitalaria en situaciones especiales. Si bien se considera que una infección intrahospitalaria puede presentarse hasta 30 días después

en el caso de una cirugía limpia o hasta un año en el caso de una prótesis valvular u ortopédica siempre y cuando el agente causal sea compatible, salvo en pocas excepciones, no existe un tiempo específico durante o después de la hospitalización para determinar si una infección debe ser considerada como nosocomial. En este nuevo concepto se pone en evidencia el peso fundamental que tiene el criterio clínico complementado por los hallazgos microbiológicos.

Magnitud y características del problema

Un análisis exhaustivo de la epidemiología, diagnóstico, tratamiento, vigilancia, control y prevención de las infecciones intrahospitalarias, escapan a la óptica de este artículo. Brevemente se puede afirmar que en estudios realizados a nivel mundial se estima que de un 5 a un 10 % de los pacientes que ingresan en un hospital adquieren una infección intrahospitalaria.

La gran mayoría de estas infecciones son endémicas y se presentan en las unidades de terapia intensiva (UTI), en una población de pacientes con ciertas características especiales que actúan como factores de riesgo para el desarrollo de la infección.

Pese a que las camas de UTI no superan el 10% del total de las camas en la mayoría de las instituciones, más del 20% de las infecciones nosocomiales ó intrahospitalarias son adquiridas en dichas unidades. Diferentes factores favorecen la aparición de infecciones intrahospitalarias en la UTI y explican su pronóstico desfavorable. En primer lugar, los pacientes de UTI tienen por lo general un estado clínico más comprometido y mayor cantidad de comorbilidades (diabetes, cancer, insuficiencia renal, etc) que los pacientes internados en sala general, lo que los convierte en huéspedes más susceptibles a contraer la infección y con menos posibilidades de defenderse exitosamente.

La estadía prolongada en el hospital antes del ingreso a la unidad de terapia intensiva es otro factor que favorece la colonización e infección por gérmenes multiresistentes en pacientes internados en las unidades de cuidado intensivo.

Por otra parte, la necesidad de implementar medidas invasivas para el cuidado de estos pacientes, lo cual en muchas ocasiones permite evitar la muerte, implica tener que recurrir a la colocación de catéteres en venas centrales con fines diagnósticos y terapéuticos, a la intubación orotraqueal y posterior asistencia respiratoria mecánica, a la colocación de sonda vesical por períodos prolongados para controlar la diuresis, y al manipuleo frecuente de los mismos por parte del personal que interviene en el cuidado del paciente, todo lo cual predispone al paciente a la colonización y posterior infección con gérmenes nosocomiales multiresistentes. Por último, la presión selectiva ejercida por el uso de antibióticos en la UTI favorece el desarrollo de patógenos multiresistentes como cepas de *Estafilococo Aureus* resistentes

a metilina, Enterococos resistentes a vancomicina, especies de *Pseudomona Aeruginosa* resistentes a imipenem y fluoroquinolonas y enterobacterias resistentes a cefalosporinas de tercera generación con espectro extendido de beta-lactamasas, gérmenes que frecuentemente están relacionados con la infección nosocomial contraída en la UTI y que son difíciles de tratar de manera efectiva y segura. En cuanto a su etio-patogenia, las infecciones intrahospitalarias pueden ser endógenas, cuando son producidas por la propia flora bacteriana del paciente, ó exógenas cuando ocurren por la transmisión de gérmenes por parte del personal hospitalario o de las visitas, a través de la vía aérea o por el contacto directo ó de las manos del personal hospitalario o de las visitas o indirecto a través de objetos. En la génesis de la infección relacionada con el sitio quirúrgico pueden intervenir múltiples factores como extensión de un proceso de vecindad que contacta con tejidos no protegidos por las barreras mucosas (por ejemplo vecindad anogenital), mala técnica de antisepsia preoperatoria local en la preparación de la piel y la pincelación del campo quirúrgico, material quirúrgico indebidamente esterilizado (vestimenta, guantes, instrumental, etc.), y falta o deficiencia en la asepsia del cirujano y/o de los miembros del equipo quirúrgico y/o de los integrantes del equipo paramédico y/o del personal a cargo del cuidado post-operatorio del paciente. Las cuatro formas más



frecuentes de infección intrahospitalaria son las infecciones urinarias asociadas con el uso de sondas vesicales; las bacteriemias vinculadas con los catéteres venosos y arteriales; las neumonías asociadas al uso del respirador, y las infecciones relacionadas con el sitio quirúrgico. Las tasas de infección intrahospitalaria en la UTI son muy variables de acuerdo al centro y al país donde se realiza el relevamiento, con una tasa de incidencia mayor en los países en vías de desarrollo. Los datos del sistema de vigilancia NNIS (National Nosocomial Surveillance System) –USA-, que relevó la tasa de incidencia de infecciones intrahospitalarias en diferentes centros de los Estados Unidos durante los años 2002 al 2004, reportó una tasa de infecciones asociadas a dispositivos en las unidades de terapia intensiva con un promedio de 5,4 casos de neumonía x 1000 días de asistencia respiratoria mecánica, 4 bacteriemias asociadas a cateter x cada 1000 días de cateter colocado, y 3,9 infecciones urinarias por cada 1000 días de sonda vesical colocada.

El proyecto VALIDAR (Proyecto para la implementación y validación de un set de indicadores de calidad vinculados con la vigilancia y el control de infecciones hospitalarias en Argentina), que se desarrolló durante los años 2004-2005, con la participación de 107 instituciones hospitalarias de todo el país, reportó una tasa de infecciones asociadas a dispositivos en las unidades de terapia intensiva con un promedio de 15,9 casos de neumonía x 1000 días de asistencia respiratoria mecánica, 4,7 bacteriemias asociadas a cateter x cada 1000 días de cateter colocado, y 5,8 infecciones urinarias por cada 1000 días de sonda vesical colocada.

Un estudio multicéntrico de vigilancia epidemiológica realizado en 46 hospitales de Sudamérica (Argentina, Brasil y Perú), América Central, Méjico, India, Moroco y Turquía mostró una tasa de incidencia de 24,1 (10 a 52,7) casos de neumonía x 1000 días de asistencia respiratoria mecánica, 12,5 (7,8 a 18,5) bacteriemias asociadas a cateter x cada 1000 días de cateter colocado, y 8,9 (1,7 a 12,8) infecciones urinarias por cada 1000 días de sonda vesical colocada, con un promedio global de 14,7 a 22,5 infecciones por cada 1000 días de internación en UTI. Las infecciones intrahospitalarias causadas por gérmenes multirresistentes están asociadas a un aumento de la morbi-mortalidad y de la estadía y los costos hospitalarios. Esto se debe no solo a que los pacientes con infecciones por estos gérmenes usualmente se encuentran cursando patologías crónicas ó agudas complejas y graves con un riesgo considerable de muerte, sino también a que estos gérmenes no suelen cubrirse con los esquemas de antibioticoterapia empírica usualmente utilizados, lo que genera una demora en el inicio de un tratamiento antibiótico adecuado y a tener que recurrir muchas veces a la utilización de fármacos de segunda línea con menor poder bactericida y un perfil farmacológico desfavorable. El proyecto VALIDAR mostró una elevada tasa de resistencia antimicrobiana en los gérmenes involucrados en las infecciones intrahospitalarias, con una la mortalidad global

asociada a dichas infecciones del 20%, siendo del 10% para las infecciones urinarias asociadas al uso de sonda vesical, del 17% para las bacteriemias asociadas a cateter, y del 29% para las neumonías asociadas a respirador. Por último, estudios de costos realizados en nuestro país y en el resto del mundo, han demostrado que el desarrollo de infecciones nosocomiales se asocian a un aumento considerable del gasto en salud, con cifras que alcanzan los billones de dólares anuales en algunas publicaciones.

Enfoque medicolegal

Desde el punto de vista médico legal, la infección intrahospitalaria constituye un motivo frecuente de reclamo, que ha significado hasta el 25% de los casos médicos que generan acciones legales en algunas series.

La denominación de “infección intrahospitalaria ó nosocomial” parecería llevar implícito el mensaje de “responsabilidad ó culpa” del establecimiento asistencial en el desarrollo de la infección. Sin embargo, como hemos visto, la situación es mucho más compleja que lo que su denominación parece indicar.

Existen dos criterios jurisprudenciales bien definidos en cuanto a la responsabilidad de las instituciones en relación al desarrollo de las infecciones intrahospitalarias. Mientras que la mayor parte de la doctrina y de la jurisprudencia la considera como una responsabilidad objetiva, lo cual implica una obligación de resultado, otra parte la considera una responsabilidad subjetiva, lo cual significa una obligación de medios.

Para el derecho civil, independientemente de la responsabilidad directa del médico por su accionar ó praxis, existe la obligación de la entidad hospitalaria o sanatorial de prestar asistencia médica, la cual lleva implícita una obligación tácita de seguridad de carácter general y accesorio que implica la preservación y cuidado del paciente contra los daños que puedan originarse durante su internación.

Así, a la hora de valorar la actuación profesional, el médico se compromete a actuar con pericia, prudencia y diligencia para evitar la ocurrencia de una infección intrahospitalaria, pero no debe responder civilmente por la misma si no logra acreditarse su culpa, lo cual surge de la valoración que realizan el juez y los peritos. Es decir que se valora subjetivamente la culpa del profesional ante la presencia de la infección. En cambio, a la hora de valorar lo actuado por el establecimiento, el deber de seguridad obliga a la institución a responder civilmente por la infección intrahospitalaria, más allá de cualquier análisis del juez y los peritos e independientemente del factor culpa. En relación a los alcances del deber de seguridad de los establecimientos sanitarios, Alberto J. Bueres expresa: “El deber de conducta secundario –en relación con la obligación de prestar el servicio de salud - destinado a evitar que

los pacientes sufran daños corporales, ya sea por cualquier otra circunstancia, configura una obligación de resultado". En tal sentido un fallo de la Cámara Nacional Civil ha dicho que "La responsabilidad por seguridad concebida como obligación de resultado tiene alcances de responsabilidad objetiva, y que: el ente asistencial tiene con respecto al paciente una obligación principal que consiste en la prestación de un servicio médico adecuado y otra secundaria, pero no por ello menos importante, que es tácita y por medio de la cual la clínica o el sanatorio asumen un deber destinado a evitar que los pacientes sufran daños corporales, ya sea por la producción de accidentes o bien por cualquier otra circunstancia, la cual configura una obligación de resultado" (C.N. Civil Sala C, 5/9/2000 – Parisi, Roberto J. vs Juan M.).

En igual sentido, la Jurisprudencia ha declarado que "Si la infección que padeció el paciente revistió la condición de intrahospitalaria, es decir proveniente del medio ambiente, no atribuible a patología propia del paciente, la responsabilidad por las consecuencias recae sobre el hospital, aún cuando resulte imposible llevar a cero la posibilidad de una infección hospitalaria y cualquiera sea el fundamento de tal" (Cámara Civil, 20-10-94 Autos "Maciel, Amanda E. c/Sociedad Italiana de Beneficencia s/Daños").

Concientes de la complejidad del problema y de lo difícil de erradicar la infección intrahospitalaria aún implementando un programa de vigilancia y control de infecciones que se precie de exitoso, algunos magistrados han comenzado a mostrar una mayor flexibilidad a la hora de valorar la responsabilidad institucional ante la aparición de una infección intrahospitalaria. En tal sentido, un fallo de la C.N. Civil Sala D del 17/06/2001 expresa "si el paciente acude por necesidad a un hospital y las autoridades de éste, aún con el empleo de la más exquisita diligencia, no pueden excluir de plano algunos tipos de infección, y a ello se agrega que el propio paciente puede ser portador del germen infeccioso, cabe ubicar el asunto en el sector de la responsabilidad subjetiva, lo cual significa considerar que la obligación asumida por el establecimiento médico y por los profesionales actuantes en este acto quirúrgico, es de medios".

Un fallo de la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de San Isidro, Sala I, del 12/06/2007, expresa: "En materia de obligación de seguridad (...) no se trata de una responsabilidad objetiva del establecimiento (...) No se trata tanto de averiguar si se causó o no el daño en la averiguación policial, o en este caso científica, sino si es justo o no que se responda por tales circunstancias. (...)".

Conclusiones

Como puede verse, la infección intrahospitalaria es un tema complejo y de gran importancia desde cualquier ángulo que se lo mire, ya sea desde el punto de vista médico, económico o legal, y está claro que implementar un

programa de control y vigilancia de dichas infecciones es positivo y beneficioso en todos los aspectos.

El registro adecuado de las tasas de infección intrahospitalaria y la flora involucrada en las mismas, al igual que las medidas implementadas para la prevención y control de dichas infecciones, no sólo es un requisito indispensable para valorar la calidad asistencial y reducir los costos sanitarios, sino que además, ante un eventual reclamo judicial, se constituye en una prueba de gran valor para demostrar que la institución hace los esfuerzos necesarios para combatir una de las "epidemias emergentes" asociadas a la medicina moderna. Hasta tanto se logre erradicar de manera sostenida la infección intrahospitalaria, lo cual como hemos visto parece algo muy distante en nuestra realidad sanitaria actual, el poder demostrar la implementación institucional de dichos programas parece ser la mejor opción como estrategia de defensa.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Guinan JL, MC Guckin M Et Al. A descriptive review of malpractice claims for health care-acquired infections in Philadelphia. *Am J Infect Control* 2005; 33: 310 2.
2. UpToDate ONLINE. Versión 17.3
3. CDC's National Nosocomial Infections Surveillance System (NNISS) Federal Guidelines.
4. Responsabilidad civil por infecciones intrahospitalarias y gestión de riesgo. Dr. Fernando G. Mariona
5. International study of the prevalence and outcomes of infection in intensive care units. Vincent JL; Rello J; Marshall J; Silva E; Anzueto A; Martin CD; Moreno R; Lipman J; Gomersall C; Sakr Y; Reinhart K *JAMA*. 2009 Dec 2; 302(21):2323-9.
6. Device-associated nosocomial infections in 55 intensive care units of 8 developing countries. Rosenthal VD; Maki DG; Salomao R; Moreno CA; Mehta Y; Higuera F; Cuellar LE; Arikian OA; Abouqal R; Leblebicioglu *Ann Intern Med*. 2006 Oct 17; 145(8):582-91.
7. www.cdc.gov/ncidod/dhqp/index.html
8. www.codeinep.org/index.html.
9. Infecciones hospitalarias. Aspectos médico-legales y manejo de riesgos. Dr. Fabián Vitolo. Biblioteca virtual NOBLE. Marzo 2009.

El Secreto Médico

El médico frente a la administración de justicia.

Mariano Goyeneche Argibay
Abogado

En un artículo anterior titulado “La Obligación de Denunciar y El Ejercicio de la Medicina” mencioné que el Secreto Médico en nuestro país es de carácter Relativo. Ello así por cuanto ante ciertos supuestos el médico tiene obligación de vencer ese secreto e informar sobre lo conocido por él a partir de la relación médico paciente.

Además de la tradición, de la regla moral que es común a todas las profesiones, del juramento hipocrático, existe en nuestro país una norma de derecho positivo que establece el Secreto Médico y es el artículo 11 de la ley 17.132.

“Todo aquello que llegare a conocimiento de las personas cuya actividad se reglamenta en la presente ley, con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer -salvo los casos que otras leyes así lo determinen o cuando se trate de evitar un mal mayor y sin perjuicio de lo previsto en el Código Penal sino a instituciones, sociedades, revistas o publicaciones científicas, prohibiéndose facilitarlos o utilizarlos con fines de propaganda, publicidad, lucro o beneficio personal”

Como dijera en el anterior artículo, el texto de la norma establece en primer término el Secreto Médico.

En segundo término establece las salvedades a ese Secreto, y aquí utiliza dos caminos distintos. Uno de ellos el de otra ley positiva que lo disponga expresamente, y el otro una fórmula general y que encuentra fundamento en evitar un mal mayor al que se causa con la violación del secreto. Por último menciona la información de carácter científico.

En conclusión la misma ley establece el Secreto Médico y a su vez establece las vías de excepción a ese Secreto. De allí que podemos decir con toda seguridad que el Secreto Médico en nuestro país no es de carácter absoluto sino relativo.

Las normas legales que imponen la obligación de denunciar, como excepciones al secreto médico, fueron tratadas en ocasión del artículo anterior al que me he referido. En el presente artículo trataremos el Secreto Médico como derecho-obligación del médico y la figura del médico frente a la administración de justicia y cómo juega el secreto médico en dichas circunstancias.

El Secreto Médico comprende todo aquello que esté relacionado con la persona que el médico trata como paciente, todo lo observado, los síntomas, signos hallados por él o a través de estudios complementarios, el o los tratamientos sugeridos o indicados, la posible evolución de la dolencia que tuviera el paciente y el pronóstico derivado del estado del paciente y la evolución de la patología que

presente. No puede revelar qué estudios complementarios ha ordenado como así tampoco el resultado de esos estudios, etc.

Este secreto se extiende a los colaboradores del médico y a todo otro profesional que intervenga en el caso, ya sea por una interconsulta, sea por realizar los análisis o estudios (artículo 75 del Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina).



Cuándo puede romperse el Secreto Médico:

- 1.- Cuando expresamente el paciente autorice al médico a revelar lo que haya conocido en la relación médico-paciente.
- 2.- Cuando el médico tenga obligación legal de denunciar los hechos conocidos a partir de la relación médico-paciente.
- 3.- Cuando se trate de evitar un mal mayor (art. 11 de la ley 17.132). Informar a los acompañantes ciertos efectos colaterales del tratamiento o medicación que habrá de recibir el paciente.
- 4.- Cuando la información, en este caso sin nombrar al paciente, tenga importancia científica (art. 11 de la ley 17.132).
- 5.- Cuando el médico deba denunciar el nacimiento o la defunción de una persona.
- 6.- Cuando el médico deba defenderse en juicio al ser demandado o imputado.

7.- Cuando el médico reclame sus honorarios profesionales y deba indicar cuando y por qué atendió al paciente.

8.- Cuando el paciente haya fallecido y se esté investigando judicialmente las causas de la muerte y el médico sea citado como testigo (salvo que la declaración suponga declarar contra sí mismo, en cuyo caso jamás podría ser testigo).

Contrariamente a otras opiniones, considero que el médico tratante NO puede actuar como perito en una causa judicial, a menos que el paciente expresamente lo autorice y en esa autorización también se ponga de manifiesto que la autorización se extiende a revelar lo conocido durante la relación médico paciente.

Así como el médico tiene el derecho-obligación del secreto médico, quebrar esa obligación conlleva la responsabilidad tanto civil, por el daño causado, como penal conforme el artículo en el art. 156 del Código Penal.

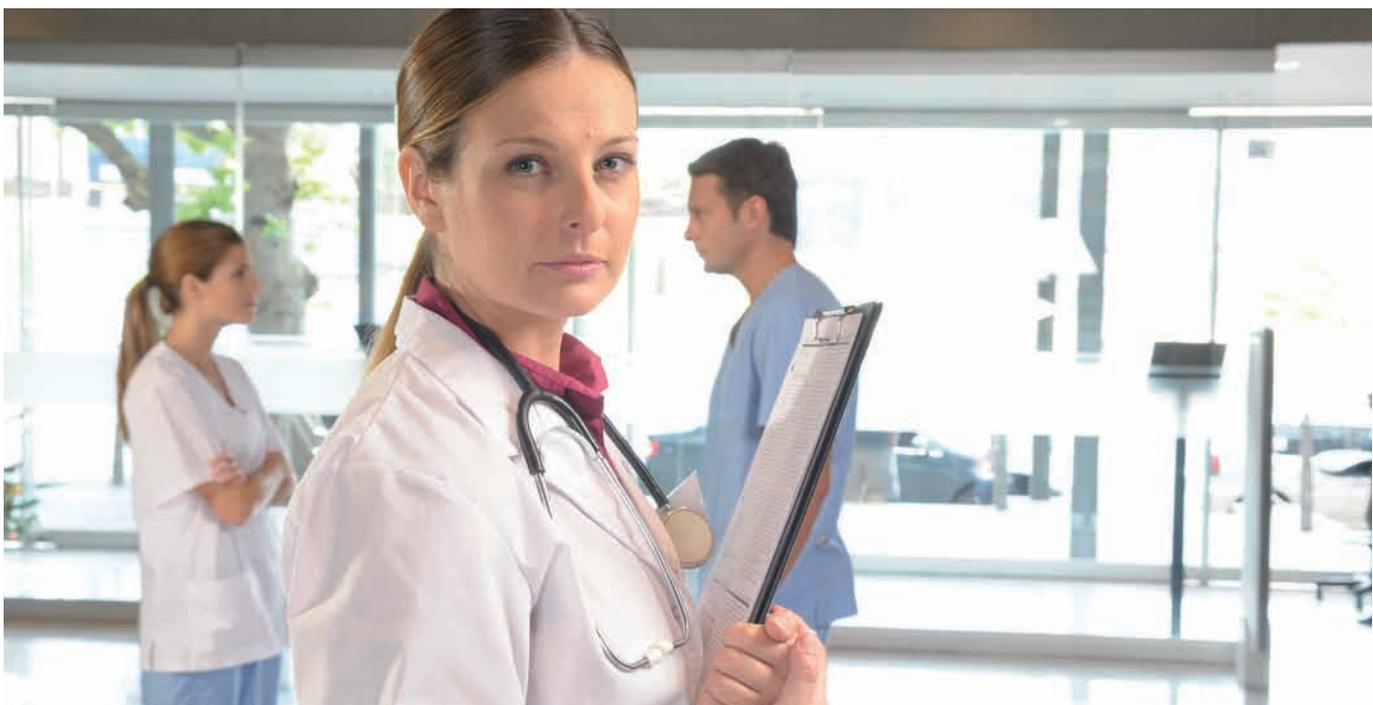
“ARTICULO 156. - Será reprimido con multa de pesos mil quinientos a pesos noventa mil e inhabilitación especial, en su caso, por seis meses a tres años, el que teniendo noticia, por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare sin justa causa.”

El Médico Como Testigo

Los profesionales del arte de curar pueden, como cualquier ciudadano, ser citados a declarar como testigos en un proceso judicial sea este civil o penal. El declarar como testigo para todo ciudadano es una carga pública. Cabe preguntarse entonces, debe el médico romper el secreto médico por ser citado como testigo?. La respuesta a modo general es NO.

Las normas positivas dan respuesta a ello

En el caso de un proceso penal, el Código Procesal Penal de la Nación establece en su artículo 244 : “ Deberán abstenerse de declarar sobre los hechos secretos que hubieren llegado a su conocimiento en razón del propio estado, oficio o profesión, bajo pena de nulidad: los ministros de un culto admitido; los abogados, procuradores y escribanos; los médicos, farmacéuticos, parteras y demás auxiliares del arte de curar; los militares y funcionarios públicos sobre secretos de Estado. Sin embargo, estas personas no podrán negar su testimonio cuando sean liberadas del deber de guardar secreto por el interesado, salvo las mencionadas en primer término. Si el testigo invocare erróneamente ese deber con respecto a un hecho que no puede estar comprendido en él, el juez procederá, sin más, a interrogarlo”. Como hemos dicho, el artículo prevé que el paciente (“el interesado”) lo libere de ese secreto. También queda relevado del secreto médico si el paciente ha fallecido y sean los familiares quienes autoricen por una razón determinada en dicho proceso. Esta razón alcanza tanto a procesos civiles como penales. Insisto, el médico no puede ser interrogado como testigo sobre hechos que puedan incriminarlo ya hacerlo sería declarar bajo juramento en contra de sí mismo y ello está prohibido por el art. 18 de la Constitución Nacional. En el caso del proceso civil, el Código Procesal Civil y Comercial de la Nación prevé en su art. 444: “El testigo podrá rehusarse a contestar las preguntas: 1) Si la respuesta lo expusiere a enjuiciamiento penal o comprometiera su honor. 2) Si no pudiese responder sin revelar un secreto profesional, militar, científico, artístico o industrial. En síntesis y como regla general, el médico NO debe romper el secreto médico si es citado como testigo, salvo las excepciones que se han tratado.



El Médico y su defensa

Es razón más que suficiente para romper el secreto médico, cuando este deba defenderse en un proceso administrativo y/o judicial por estar en tela de juicio su actuación profesional. Pretender que un médico en un proceso en el que se esté juzgando su actuación profesional por un caso concreto, deba guardar silencio y no revelar lo ocurrido en el marco de la relación médico paciente, es lo mismo que pretender dejarlo sin defensa. En este caso el médico no solo puede sino que debe romper el secreto profesional para contar su versión de todo lo ocurrido durante la relación con el paciente a fin de poder ejercer su defensa formal y material. Para ello, por obvio que parezca, debe exponerse todo lo que ha sucedido y así llegar a dilucidar lo ocurrido. Será el médico quien dentro de la estrategia de su defensa quien elija cuánto va a revelar y cómo lo hará. Distinta situación se da cuando el médico actúe en un proceso judicial no ya como médico tratante sino como perito.

El Médico como Perito

En los procesos judiciales en los que se traten temas técnicos, los jueces deben recurrir a expertos (peritos) en la materia de que se trate. Al tratarse de daños en el cuerpo o en la salud de las personas, por cualquier causa, los expertos en determinar la existencia de esos daños y sus causas serán los médicos.

Los peritos pueden ser oficiales (que pertenezcan a los cuerpos periciales del Poder Judicial), pueden ser peritos que actúen elegidos por el Juez de la lista de peritos inscriptos, o pueden ser peritos ofrecidos por las partes (consultores técnicos en el caso de los procesos civiles, peritos de parte en el caso de los procesos penales).

El perito, cualquiera sea su modo de acceder al proceso, tiene la obligación de pronunciarse con verdad bajo las penas que prevé el Código Penal para el falso testimonio. Falso Testimonio: artículo 275 del Código Penal: "Será reprimido con prisión de un mes a cuatro años, el testigo, perito o intérprete que afirmare una falsedad o negare o callare la verdad, en todo o en parte, en su deposición, informe, traducción o interpretación, hecha ante la autoridad competente. Si el falso testimonio se cometiere en una causa criminal, en perjuicio del inculpado, la pena será de uno a diez años de reclusión o prisión. En todos los casos se impondrá al reo, además, inhabilitación absoluta por doble tiempo del de la condena." ¿Por qué entonces, si todo perito debe manifestarse con verdad y bajo las penas del falso testimonio, la ley prevé la posibilidad de que las partes propongan sus propios peritos? El hecho de que un médico actúe como consultor de parte o perito de parte no quiere decir que pueda mentir o callar parte de la verdad para defender la posición de la parte que lo ha propuesto en el proceso, ya que en definitiva más allá de por quién actúe es perito para ilustrar al Juez en la materia que es idóneo. Las partes pueden legalmente proponer peritos dentro



del derecho de defensa y dentro de ese derecho el de controlar el modo de producirse una medida de prueba. Al igual que otras ramas del conocimiento, la medicina no es una ciencia exacta, existen diversidad de opiniones y además dado los rápidos avances del conocimiento que caracterizan a nuestra época, puede haber peritos más expertos que otros en una determinada rama de la medicina o poseer conocimientos más actualizados que otros. De allí la importancia de proponer a los peritos más idóneos para el caso en concreto.

En el caso del proceso penal los peritos están obligados a realizar el peritaje en conjunto y expedirse del mismo modo salvo cuando existan disidencias parciales o totales que serán puestas de manifiesto por cada perito en el mismo informe pericial o por separado.

En el caso del proceso civil, producido un peritaje y notificadas las partes, estas pueden, a través de sus consultores de parte, impugnar el informe del que se ha corrido traslado. Las disidencias y las impugnaciones deben ser debidamente fundadas, con sustento técnico y en lo posible con citas de bibliografía. Por otra parte el deber del perito es contestar aquellas preguntas que el Juez ha realizado al ordenar el estudio pericial, ello así por cuanto es al Juez a quien debe ilustrarse sobre la materia que él desconoce y de ese modo permitirle que efectúe el juicio legal que está a su cargo.

De lo dicho se desprende que el perito no está facultado para determinar ni decidir sobre la responsabilidad de una o más personas sino para, solo el Juez tiene esa autoridad. El perito médico debe manifestarse sobre el estado del paciente anterior al hecho motivo del juicio. La causa directa de producción del daño en el cuerpo o en la salud del paciente, y en el caso de lesiones el tiempo y modo de curación de esa lesión. Al expedirse los peritos en expedientes en los que se juzgue a uno o más médicos por su actuación, los expertos deben expedirse sobre si se ha realizado un diagnóstico

correcto, si este era posible, si el o los tratamientos han sido los adecuados conforme el arte de curar. Jamás deben pronunciarse sobre si han cometido o no mal praxis. A esa conclusión debe llegar el Juez y no los peritos. Si un Juez ordenase a peritos determinar si un médico ha sido el responsable de un determinado acto, debe manifestarse en la respuesta que no están facultados para contestar esa pregunta sino para describir cómo se actuó y en su caso como debería haberse actuado, pero el juicio de valor es propio del Juez. La negativa fundada no constituye ni falso testimonio ni desobediencia. Para realizar un peritaje médico se analizarán las constancias de historias clínicas, estudios complementarios, autopsias en el caso de muertes, y en algunos casos el contacto directo con la persona que habría sufrido daños en su cuerpo o en su salud. Ciertamente ese contacto con la persona, no constituye en un acto propio de la relación médico paciente, sino que justamente se la entrevista y/o se la revisa con el objeto de informar a un tercero, el Juez, por lo que la descripción de los hallazgos obtenidos en la documentación médica y/o en la revisión del paciente no están amparadas dentro del secreto médico. Esto debe informársele a la persona que se revisa.

En el caso de peritajes psiquiátricos y/o psicológicos es aconsejable realizar el informe sin mencionar todas y cada una de las manifestaciones de la persona revisada. Aquellas manifestaciones o revelaciones que hagan a la intimidad de la persona revisada y que no sea imprescindible mencionar en el informe pericial, quedarán reservadas en informe por separado y solo exhibidas al Juez en el caso de que así lo requiera. Esto es mucho más estricto cuando se trata de menores de edad.

La neutralidad del perito es la misma que la neutralidad del Juez, no tienen relación contractual médico-paciente con la persona sobre la que se expiden, sino que su relación es con la Administración de Justicia, con el Poder Judicial, uno de los tres poderes del estado. La finalidad de su actuación no es curar ni tratar a un paciente, sino informar al juez en una materia en la que él no es experto, para así facilitar su tarea de juzgamiento.

La posición del médico perito no es la de garante de un paciente y su estado de salud, no establece una relación profesional y personal con la persona, sino una relación de experto con el Juez que lo admitió como experto en el proceso con independencia de que sea perito oficial o propuesto por la parte. Lo esencial en el trabajo del perito es su conocimiento y el correcto análisis técnico del caso concreto puesto a su consideración. Lo esencial en el médico tratante es establecer una correcta y confiable relación con el paciente, realizar un adecuado diagnóstico y sugerir y llevar adelante un correcto tratamiento, de allí que asuma una posición de garante. La diferencia es sustancial.

De esta diferencia surge que en el primer caso no se establezca secreto profesional, y en el segundo caso sí.

El secreto que sí debe guardar el perito, es el secreto propio del proceso. No debe informar a nadie que no sea el Juez, y en el caso del perito de parte, informar a quién lo ha propuesto, así como debe informar si observa que la medida de prueba se lleva adelante con alguna irregularidad. Queda entonces que como regla el secreto médico es propio de la actividad asistencial y no de la pericial.

El Secreto Médico es un derecho-obligación del médico tratante, y así queda establecido como regla general. Solo admite las excepciones previstas por la ley, sea por normas específicas o por la regla genérica de la justa causa.

Programas de Reporte de Eventos adversos: Herramienta central en la Gestión de Riesgo y la mejora de la Calidad de la Atención Médica.

Mariana Flichman

mariana.flichman@swissmedical.com.ar

Introducción

La percepción del serio problema de los eventos adversos en la asistencia sanitaria no es nueva.

Ya en 1911, un cirujano de Boston, el Dr. Ernest Amory Codman (1869-1940), fue pionero en percibir y estudiar el porqué de los resultados adversos, con tal convencimiento que asumió el costo de tener que renunciar a su cargo en el Massachusetts General Hospital para poder seguir desarrollando sus estudios, y finalmente crea su propio hospital donde pone en práctica sus principios.

Dijo Codman: **“Todo hospital debe dar seguimiento a sus pacientes por el tiempo que sea necesario para determinar si el tratamiento fue exitoso, y si no fue así saber porqué no fue así con una visión de prevenir futuras fallas”.**

La Joint Commission de los Estados Unidos de Norteamérica hace unos años reeditó el primer libro de Codman donde relataba sus propias experiencias en 337 pacientes relatando el análisis de los eventos no deseados.

Luego surgieron distintas publicaciones a las que no se les dio mayor trascendencia en la comunidad médica, hasta que en la década de los '90, a raíz de una serie de muertes hospitalarias inesperadas en los hospitales de EE. UU, que cobraron pública trascendencia, llevaron a la administración Clinton a crear una Comisión para el estudio de la Seguridad del paciente. Aparece entonces el informe del Instituto de Medicina de los EE. UU (IOM): “Error es Humano”, asegurando que mueren al año entre 44.000 á 98.000 pacientes por eventos asociados a la atención médica, situando la mortalidad por errores médicos como la octava causa de muerte.

Si bien esta publicación recibió serias críticas respecto a si esas muertes guardaban solo relación al evento, o eran muchas de ellas el final esperable en la patología que había motivado la internación (Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine report. JAMA 2000), lo cierto es que abrió las puertas al estudio del error médico, a la revisión de los procesos, y permitió que el tema se imponga tanto en los niveles de Gestión Sanitaria, como en los equipos asistenciales, y que por último despertara el interés en los responsables de la gestión de riesgo, como herramienta hoy indispensable para disminuir el riesgo médico-legal de las instituciones y de los profesionales que en ellas se desempeñan. Más aún, se sumaron al centro del debate, los responsables de los costos sanitarios, cuando al estudiar el alto impacto económico de los eventos adversos vieron la necesidad de controlar este “costo oculto” no contemplado hasta entonces. En marzo de 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 55a Asamblea Mundial informó tasas muy altas de eventos adversos para diferentes países desarrollados que oscilaron entre 3.2% y 16.6% corroborando el gran problema existente en el ámbito mundial. Si se adiciona a las miles de personas que como producto del error no murieron pero que quedaron con una discapacidad transitoria o permanente, el problema toma dimensiones casi epidémicas, por lo cual la OMS lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente que trabaja sin descanso desde su creación en el 2004.

Magnitud del problema

El reporte del IOM publica una tasa general de eventos adversos del 4 %, producto de diferentes estudios. Citaré a continuación algunos de los estudios epidemiológicos más relevantes realizados en los comienzos de este desafío (tabla publicada por OMS en el 2001:

Estadío	Objeto del estudio (fecha de las admisiones)	Número de hospitalizaciones	Número de eventos adversos	Tasa de eventos adversos (%)
Estados Unidos de América (Estado de Nueva York, Harvard Medical Practice Study)	Hospital para enfermos agudos (1984)	30195	1133	3,8
Estados Unidos de América (Utah-Colorado Study (UTCOS))	Hospital para enfermos agudos (1984)	14565	475	3,2
Estados Unidos de América (UTCOS) ¹	Hospital para enfermos agudos (1984)	14565	787	5,4
Australia (Quality in Australian Health Care Study (QAHCS))	Hospital para enfermos agudos (1984)	14179	2353	16,6
Australia (QAHCS) ²	Hospital para enfermos agudos (1984)	14179	1499	10,6
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	Hospital para enfermos agudos (1984)	1014	119	11,7
Dinamarca	Hospital para enfermos agudos (1984)	1097	176	9,0

¹Revisión del UTCOS utilizando la misma metodología que el Quality in Australian Health Care Study (armonizando las cuatro discrepancias metodológicas entre los dos estudios).

²Revisión del QAHCS utilizando la misma metodología que el UTCOS (armonizando las cuatro discrepancias metodológicas entre los dos estudios).

Lentamente se fueron incorporando más países, y finalmente, en América Latina, con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Política social de España, se realizó el estudio IBEAS: “Estudio de prevalencia de eventos adversos en los países de Latinoamérica”, participando del mismo 5 países a través de sus Ministerios de Salud (Argentina, Perú, Colombia, México y Costa Rica), 58, 11.550 pacientes. La prevalencia global fue del 19,8 % siendo el 60% evitables. Vale la pena destacar que existió gran disparidad entre centros y que sus datos deben ser cuidadosamente analizados.

Todos estos estudios, de carácter epidemiológico fueron realizados en forma retrospectiva. Esta modalidad tiene la ventaja de permitir la obtención de tasas, y permitir la comparación en el tiempo, y entre Instituciones, pero no permite actuar sobre los eventos, al menos cuando estos se producen.

Es por esto, que si se desea encarar el desafío de trabajar sobre los procesos que desencadenan estos eventos, además de un trabajo retrospectivo, debe ponerse en marcha un Programa de Reporte de Incidentes, que permita al equipo de Salud reportar cuando un evento ocurre, más aún, cuando una situación pudo generar un evento, aunque éste se haya podido evitar. De este modo, el equipo que trabaje en este programa podrá analizar las fallas ocurridas, detectar situaciones de riesgo, como explicaremos más adelante, y generar estrategias institucionales tendientes a evitar la reiteración del incidente.

Algunas definiciones importantes

INCIDENTE: es toda situación o hecho ocurrido durante el proceso de atención médica que **implique un resultado negativo y no esperado** en el paciente, **con daño real o potencial**, que no sea debido a la evolución natural de la enfermedad o situación clínica del mismo. Otras clasificaciones consideran incidente solo cuando el daño es potencial, distinguiéndolo del evento adverso: por ejemplo: el “near misses” de la terminología inglesa): acción u omisión que podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó como consecuencia del azar, la prevención o la mitigación de la misma.

Se podría decir que un incidente es indistinguible de un evento adverso en todo excepto en el resultado, es decir, en la presencia de lesiones en el paciente producto de la atención sanitaria.

EVENTO ADVERSO: es el incidente que causa daño efectivo. Injuria o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente.

En los estudios epidemiológicos publicados sobre el tema se definen como significativos sólo aquellos que producen prolongación de la estadía durante la internación, necesidad de re-internación, secuela transitoria o definitiva o muerte.



¿Cuáles son los requisitos indispensables que debe cumplir un Programa de Reporte para que funcione en forma efectiva?

- Debe tener **referentes claros** con mucha presencia en el terreno: esto se hace efectivo a través de recorridos diarias, en todos los turnos, incorporando al personal de fines de semana.
- Debe ser **accesible**. El equipo de salud dispone de escaso tiempo, si el reporte no es sencillo, no reportarán. Lo ideal es adaptarlo a cada lugar, con más de una opción: planilla, teléfono, mail, buzón.
- **NO debe ser punitivo**. La sanción individual no forma parte de estos Programas.
- Debe tener **máxima confidencialidad**.
- Debe ser constructivo, generando un **Impacto positivo en la organización**. Si el equipo de salud no ve una devolución de los reportes realizados, dejará de reportar.
- **Claridad de conceptos**: es muy importante definir de antemano un listado (no excluyente) de incidentes y una clasificación que permita un adecuado estudio de resultados posterior. La Alianza Mundial de la Salud ha definido una interesante clasificación.
- Debe contar con una adecuada **Base de datos** que permita analizar resultados.
- Debe desarrollar un **feed back** periódico con el equipo de salud.

Los modelos iniciales de Programas de Reporte de eventos, surgen de otras áreas, lejanas a la medicina.

Estos sistemas de notificación en ámbitos no sanitarios han contribuido a hacerlos más seguros.

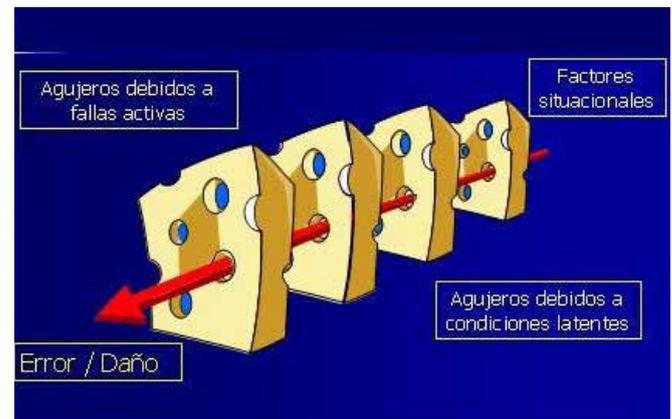
Todos utilizan una taxonomía específica y basada en el conocimiento de expertos.

Estos sistemas abarcan industrias de alto riesgo como por ejemplo la de aviación, industrias petroquímicas y de energía nuclear.

La medicina ha tomado estos modelos de análisis para diseñar un modelo que se adapte a los procesos de salud.

Concepción para la Revisión de Procesos

Los incidentes son, casi siempre, resultado de la combinación de múltiples fallos y circunstancias que, al alinearse determinan el incidente (modelo del queso suizo).



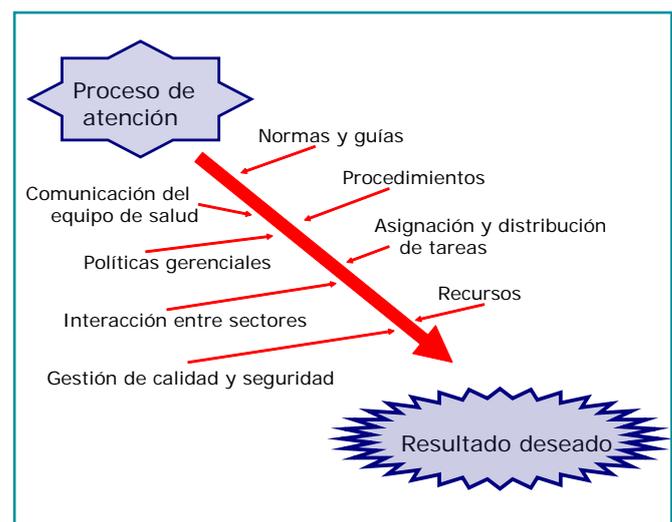
El modelo pone en evidencia fallas latentes en el proceso sistémico de la atención, las cuales una vez alineadas, llevan a la producción del evento.

Esto implica una **concepción sistémica del error, centrada en el sistema y no en la persona**.

Los sistemas pensados en función de la infalibilidad de quienes intervienen serán propensos a fracasar reiteradamente.

El análisis no debe centrarse en quien falló, sino en como y por qué las barreras fallaron.

Por eso, al analizar un evento, resulta también muy útil, el modelo de **análisis causa-efecto o espina de pescado**:



Es razonable, por la misma condición humana de la atención en salud, esperar que ocurran errores. Cada ser humano está rodeado de su propio entorno biopsicosocial, que afecta la interacción personal en su comportamiento, su habilidad, su concentración, su forma de pensamiento y su respuesta a los procesos patológicos. En el ámbito de

la atención en salud quien interactúa no sólo debe estar atento a su labor y a la relación personal con una sola persona o varias a la vez, sino también al funcionamiento adecuado de los demás agentes involucrados como son la tecnología y los equipos, lo cual resulta usualmente difícil de mantener por largo tiempo favoreciendo la aparición del error.

Por eso, la clave es diseñar procesos que tengan barreras frente al error.

Por ejemplo:

- Doble control (dos enfermeras) previo a comenzar medicación de alto riesgo
- Alertas en el sistema sobre dosis de medicamentos
- Desarrollar la mayor cantidad de guías de práctica clínica

Las personas no actúan solas, su conducta está modelada por las circunstancias y la cultura organizacional. Por eso debe trabajarse para generar una Cultura de la Seguridad, que comienza con aceptar los errores y aprender de ellos...despenalizando el error.

Desarrollo del Programa

Es fundamental que todos los reportes sean analizados, y si es posible, que en todos los casos exista una devolución a quien reportó.

Este análisis debe ser disparador de cambios en los procesos que mejoren la seguridad.

Los datos deben ser evaluados en forma periódica y los resultados compartidos con el equipo de salud.

Reflexiones finales

La seguridad y la gestión de riesgo, abarcan casi todas las disciplinas y los actores de la atención sanitaria y, por tanto, requieren un enfoque general y

multifacético para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente en cada servicio, y para encontrar soluciones generales a largo plazo para el conjunto del sistema. Los Programas de reporte de eventos permiten identificar y tratar esos riesgos, minimizar el impacto de los eventos no deseados tanto en forma directa en el paciente, como desde el punto de vista del impacto judicial.

Hoy toda Institución que trabaje en políticas de Calidad y Seguridad del paciente, debiera contar con un Programa de reporte de incidentes, tal como lo exigen ya las prin-

cipales entidades acreditadoras de Instituciones de Salud, comenzando por la Joint Commission

Quisiera terminar con un mensaje de la OMS que resume muy bien todo lo analizado previamente:

“Para aumentar la seguridad del paciente hay que emprender tres acciones complementarias: prevenir los eventos adversos; sacarlos a la luz; y mitigar sus efectos cuando se producen.

Ello requiere:

a) más capacidad para aprender de los errores, que se adquiere mejorando los sistemas de notificación, y realizando una investigación competente de los incidentes y un intercambio responsable de datos;

b) más capacidad para anticipar los errores y rastrear las debilidades del sistema que pueden dar lugar a un evento adverso;

c) la identificación de las fuentes de conocimiento existentes, dentro y fuera del sector de la salud;

d) la introducción de mejoras en el propio sistema de prestación de atención sanitaria, para que se reconfiguren las estructuras, se reajusten los incentivos y la calidad ocupe un lugar central en el sistema”. OMS 2001

BIBLIOGRAFÍA:

1. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS (Eds.). To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
2. McDonald CJ, Weiner M, Hui SL. Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine report. JAMA 2000; 284: 93-95.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe de la 55ª Asamblea Mundial. Ginebra: OMS; marzo de 2002.
4. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: Forward programme. Geneva: WHO Library; October 2004.
5. Brennan N, Leape LL. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. N Engl J Med 1991; 324: 370-376.
6. Reason J. Human error: Models and management. BMJ 2000; 320: 768-770.



Jornadas de Praxis Médica

SMG Seguros lo invita a participar en las Jornadas sobre Praxis Médica, donde se desarrollarán diversos aspectos relacionados al Riesgo Médico Legal en la práctica de las distintas especialidades y de la Responsabilidad Civil en general.

Iª Jornada | Jueves 9 de Septiembre de 2010

- | | |
|-------------|--|
| 9 a 12 hs. | Responsabilidad Profesional y situaciones conflictivas en la práctica médica. |
| 14 a 17 hs. | Situaciones conflictivas en la práctica de Diagnóstico por Imágenes y su impacto médico-legal. |

IIª Jornada | Jueves 23 de Septiembre de 2010

- | | |
|-------------|--|
| 9 a 12 hs. | Riesgo médico-legal en la práctica de la ginecología y la obstetricia. |
| 14 a 17 hs. | Situaciones conflictivas en la práctica de la pediatría y la neonatología y su impacto médico-legal. |

IIIª Jornada | Jueves 28 de Octubre de 2010

- | | |
|-------------|---|
| 9 a 12 hs. | Riesgo médico-legal en la práctica de la Traumatología. |
| 14 a 17 hs. | Responsabilidad profesional en la práctica de la oftalmología.
Responsabilidad del médico y de la Institución. |

➤ Consultas e inscripciones:
constanza.capella@smg.com.ar
javier.mattioli@smg.com.ar
Tel.: 5239-6859/6345

 **SMG**
SEGUROS
UNA COMPAÑÍA DE SWISS MEDICAL GROUP

HOTEL BLUE TREE RECOLETA KER
Marcelo T. de Alvear 1368 - Recoleta

