

AUDITORIA MEDICA: DEMANDAS Y RESPONSABILIDAD POR NEGLIGENCIAS MEDICAS. GESTION DE CALIDAD: RIESGOS Y CONFLICTOS

Dr. Gustavo Rencoret S.

Médico Auditor. Clínica Alemana de Santiago

Abstract: Medical errors and medical lawsuits against doctors and healthcare institutions have increased in a non precedent way (It is not a new phenomenon, only its increasing) generating higher costs of all kinds in medical care, and a tendency to practice some degree of defensive medicine. Healthcare institutions have developed risk management programs as part of Medical Audit (Auditoría Médica) plans to face problems related to medical care quality in basis of evaluation, implementation and control as an effort to achieve better quality in medical care. Radiology applications do not differ, but risk management programs must consider some inherent characteristics of radiological work.

Key words: Economics, Ethical issues, Legal medical, Medical radiology, Radiologists.

Resumen: El abismante aumento de las demandas por responsabilidad médica; problema que no es nuevo, sólo lo es su gran incremento; ha generado un aumento de los costos de todo tipo en la atención sanitaria y, en muchos casos, el ejercicio de una medicina defensiva. Esto ha llevado a las instituciones de salud al desarrollo de programas de Auditoría Médica que tienen por objeto la evaluación crítica periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes. Su objetivo específico es elevar la calidad de la atención sanitaria a través de acciones de evaluación y control periódico. Su aplicación en Radiología no difiere de otras áreas de la medicina, aun cuando en la gestión de riesgos y el manejo de

conflictos tiene algunas características que le son propias.

Palabras claves: Medicina legal, Radiología, Radiólogos.

Introducción

Los aspectos relacionados con la responsabilidad médica y el aumento de demandas por resultados adversos y/o por reales negligencias médicas son temas que han estado siempre presentes en el ejercicio de la medicina, con una exacerbación en las últimas décadas, generando un incremento de costos y preocupación en el ámbito de los prestadores sanitarios.

Las cifras que proporcionan las estadísticas del Servicio Médico Legal dan cuenta de un crecimiento exponencial, ya que en los inicios de los años 80 se reportaban 5 casos por año para peritaciones derivadas de casos de supuestas o reales negligencias médicas, llegando a 50 casos por año en los albores de la década de 1990 y a 500 casos por año en el inicio de los 2000.

Una de las consecuencias derivadas de este entorno es el aumento sideral de los costos y pérdidas financieras originadas en reclamaciones por asistencia sanitaria tanto en el ámbito internacional como nacional, que según cifras publicadas en un informe de la OMS y del Consejo Europeo sobre Seguridad del Paciente del año 2001 y otras fuentes de información asciende para algunos países mas o menos a⁽¹⁾:

a) En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte un monto de casi US\$ 9.000 millones entre costos por indemnizaciones, estadías hospitalarias, responsabilidad por reclamos e infecciones hospitalarias, estimándose que un 15% de éstas pueden ser evitadas.

Rencoret G. Auditoría médica: Demandas y responsabilidad por negligencias médicas. Gestión de calidad: Riesgos y conflictos. Rev Chil Radiol 2003; 9: 157-160.

Correspondencia: Dr. Gustavo Rencoret S.
Av. Vitacura 5951. Santiago. Chile.

b) En EE.UU. el costo nacional por eventos médicos adversos, lucro cesante, demandas por discapacidad y otros, asciende a alrededor de US\$ 40.000 millones por año.

c) En España, considerando sólo los costos de las primas de seguros del sector público INSALUD, compromete un monto de US\$ 60 millones, debiendo tener presente que de acuerdo a la información del año 2002 los seguros estarían retirándose del mercado asegurador sanitario español porque habría incurrido en pérdidas.

d) En Chile se estima que las demandas que debió enfrentar el sector público de salud los años 2001 y 2002 ascenderían a la suma de US\$ 40 a 50 millones por año.

Frente a este panorama desalentador, nuestro propósito es poder aportar una nota de optimismo y esperanza, transmitiendo nuestra experiencia en Clínica Alemana de Santiago con el propósito de evitar el ejercicio de una medicina defensiva que es ingrata y onerosa, a través de la implementación de medidas destinadas a obtener una mejoría continua de la calidad de las prestaciones de salud, unido a una mayor humanidad y seguridad de éstas a través de la implementación y perfeccionamiento de un programa de Auditoría Médica, dentro de la cual tienen especial relevancia la prevención y detección de riesgos, la gestión de los reclamos y el manejo precoz de los conflictos que puedan surgir en el proceso de atención de los pacientes.

Auditoría Médica (AM)

La AM de las prestaciones y servicios en salud, no se aparta de las auditorías que se realizan en otros campos del quehacer humano en cuanto a proceso, objetivos, evaluación e informe, constituyéndose en un instrumento de perfeccionamiento y educación continuas, que permite tomar resguardos en aspectos técnicos, administrativos, éticos y médico-legales en búsqueda de la excelencia. Consiste en una evaluación sistemática, realizada por médicos, que compara las características o calidad de la atención brindada y observada con la calidad ideal y deseada, de acuerdo a criterios y normas preestablecidas. Las acciones anteriores se complementan con la gestión de riesgos, reclamos y conflictos además de la realización de auditorías programadas en forma prospectiva, con una visión de futuro, de acuerdo a las necesidades institucionales⁽²⁾.

Así, la AM se concibe como una instancia educadora mas que punitiva y sancionadora, donde se trata de aprovechar las experiencias, tanto las negativas, a través del análisis de incidentes-accidentes, como de las positivas para ir introduciendo en forma gradual correcciones y mejoramiento en cada uno de los procesos de atención, para satisfacer los requerimientos de los pacientes y sus familiares y

así poder cubrir las crecientes expectativas de los clientes que acuden a nuestras instituciones de salud.

En el cumplimiento de estos requerimientos, la AM se constituye en:

- A. Un sistema de educación y perfeccionamiento continuos, preocupado de la calidad, seguridad, calidez y humanidad de las prestaciones sanitarias, tratando de lograrlo a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje, motivación y participación de todas y cada una de las personas que atienden pacientes.
- B. Una instancia de mediación, conciliación y solución de conflictos que puedan surgir en la relación médico, paciente, pariente e instituciones en beneficio de los involucrados y afectados.
- C. Un sistema que más que sancionar, tiene un carácter preventivo del error médico y reparador del mismo de orden no penal.

Lograr que la AM cumpla estos 3 objetivos y que los pacientes y familiares dispongan de una instancia institucional administrativa y técnica que acoja y trate en forma imparcial y justa los reclamos y contemple una forma de reparación oportuna y efectiva, ha sido una de nuestras metas, las que fueron planteadas tan sabiamente hace más de una década por el actual Presidente de la Excelentísima Corte Suprema de Justicia Don Mario Garrido Montt.

En el cumplimiento de sus objetivos, la AM tiene algunos campos de acción, los que solo enumeraremos:

- 1.- Aspectos educativos:** estimulando una educación y perfeccionamiento continuos, lo que permite la obtención del aprendizaje y experiencia para enseñar.
- 2.- Aspectos Técnico-Evaluativos:** a través de la calificación de actos y conductas, lo que implica un control de calidad.
- 3.- Aspectos de Investigación:** detección de problemas, deficiencias y grado de cumplimiento de las normas y de adecuación a la Lex Artis médica, lo que facilita establecer y delimitar la responsabilidad médica.
- 4.- Aspectos Normativos:** estimulación en la elaboración y readecuación de guías clínicas, normas, protocolos y manuales de procedimientos, lo que facilita y objetiva el grado de cumplimiento y sujeción a éstas.
- 5.- Aspectos Médico-Legales:** Cautelar que se cumplan las normas legales y las disposiciones sanitarias vigentes. A) Prevención de la mala práctica y el error médico. B) Recomendaciones para el manejo de conflictos. C) Tratamiento de conflictos y eventos potencialmente indemnizables (EPI) D) Actuación en estrecha colaboración con la Asesoría Legal de la institución.
- 6.- Aspectos Éticos:** cautelar el fiel cumplimiento de las conductas de las personas de acuerdo a las normas éticas y morales.

7.- Aspectos financieros y de Mercado: conociendo toda la información que proporciona la AM se puede analizar la calidad, la relación costo-beneficio y la eficiencia, permitiendo la elaboración de indicadores de calidad.

En todos estos aspectos de la AM es de gran importancia trabajar en la elaboración de programas, estimular la elaboración o readecuación de protocolos, guías clínicas, manuales de procedimientos, desarrollar sistemas para los distintos procesos de atención sanitaria y controlar su funcionamiento.

Aún de mayor relevancia es hacer en la gestión sanitaria un uso juicioso de todos los medios y de la información generada, la cual al ser analizada, medida y evaluada, permite conocer la situación real y actualizada en que se desarrollan los procesos, procedimientos y acciones en las distintas Unidades y servicios de un hospital o clínica.

Si contar con los distintos instrumentos, analizarlos, medirlos y evaluar los resultados es importante, es de mayor trascendencia poder tomar conciencia de las deficiencias y errores para poder introducir las modificaciones que permitan corregirlas y mejorar la calidad y seguridad de los servicios; "el cambio no solo se produce al planificarlo sino también tomando conciencia de lo que no funciona"⁽³⁾.

Gestión de Riesgos Sanitarios

Una vez expuestos los conceptos anteriores, quisiera explicar que entendemos por gestión de riesgos Sanitarios dentro de las acciones de nuestra AM. La definimos como la utilización de todos los medios disponibles y de la información generada como un antecedente histórico, la cual al ser analizada, medida y evaluada, permite conocer mejor los riesgos que existen y que se han presentado, por qué, con qué frecuencia y su gravedad relativa en los diferentes procesos y procedimientos en los distintos Servicios y unidades tanto clínicas como administrativas. De esta manera se podrá disminuir los riesgos y sus consecuencias físicas, psíquicas y económicas en los pacientes, familiares y personal sanitario, cumpliendo así con la finalidad de mejorar la calidad, seguridad, humanidad, eficacia, eficiencia y disminuir los costos por reclamaciones. "El futuro no se puede prever, sí se puede preparar".

Por si sola la instalación de un sistema de calidad no asegura que necesariamente deba generarse una mejoría y que no se presenten conflictos. La calidad, si bien es cierto debe ser planificada, no se impone "desde arriba" pudiendo asistirse a un fracaso si no se cuenta con el compromiso y la motivación de cada uno de sus integrantes⁽³⁾.

Gestión de Reclamos

También es necesario hacer una adecuada gestión de los reclamos, debiendo contar con una

planificación, procedimientos y personal capacitado, ya que para una relación de ayuda y de servicio no bastan los conocimientos técnicos y teóricos, sino que se necesita tener una actitud empática y ser capaz de ponerse en el lugar del otro, para su adecuado reporte, manejo, tratamiento y resolución en la instancia correspondiente.

Una vez producida la condición o deficiencia que dio origen al reclamo y registrado éste en los instrumentos destinados para tal efecto, deben seguirse esquemáticamente las siguientes etapas⁽⁴⁾:

Recepción y acogida empática del reclamante.

- Auditoría (escuchar, anamnesis y registro)
- Análisis de lo sucedido (humano, técnico, médico y jurídico)
- Distribución. Solicitud de informes a los involucrados.
- Solicitud de auditoría técnica a los expertos.
- Revisión de la bibliografía.
- Manejo y tratamiento. Trabajo en equipo.
- Solución, medidas adoptadas (explicación, completar tratamiento, reembolso, indemnización)
- Información al cliente.
- Informe para archivo, aprendizaje y enseñanza.
- Revisión y evaluación de la efectividad de las medidas implementadas.

Intervención en Conflictos

Todo lo antes expuesto lleva a lo que hemos denominado intervención en conflictos en que es necesario contar con una estrategia, alternativas y hacer concesiones. Es básica una relación interpersonal empática, generar una relación de confianza, ponerse en el lugar del otro y tratar de llegar a una solución en que ganen ambas partes. "El mejor negociador no es el que más habla sino el que mejor escucha".

Para la intervención en conflictos, hemos desarrollado un esquema "medicalizado", abordando su manejo con un criterio clínico epidemiológico similar a como se enfrentan las enfermedades. Muy esquemáticamente hemos definido las siguientes etapas⁽⁴⁾:

- Conceptualización. Los conflictos existen, son personalizados y de distintos tipos.
- Prevención. Es de gran rendimiento, ya que lo mejor es evitarlo.
- Detección. Deber ser lo más precoz posible; no descartar los "banales".
- Comunicación y Reporte con el Especialista. También precoz.
- Tratamiento y manejo. Son necesarios conocimientos y habilidades.

- Solución. Explicar y reparar. Experiencia. Aprendizaje y enseñanza.
- Revisión. Auditar, controlar, complementar y re-adequar las medidas.

Conflictos en el Departamento de Radiología

Los conflictos en el Departamento de Radiología pueden surgir por diferentes causas; entre otras se pueden consignar:

- a. Forma de la atención previa al examen por diferentes motivos: información inadecuada sobre el examen o sobre la preparación necesaria o sus consecuencias, acogida inadecuada por el personal y falta de información sobre los costos.
- b. Demora en la atención misma o una falta de explicación por el retraso.
- c. Trato percibido como poco humano durante el examen por parte del personal auxiliar o médico.
- d. Condición desfavorable en la espera después del examen, por falta de comodidad, frío, falta de compañía o cuidado, falta de información, sensación de abandono.
- e. Reacción adversa al medio de contraste por reacción "alérgica" sin haber investigado adecuadamente los antecedentes.
- f. Complicación del procedimiento efectuado sin información ni consentimiento informado previos.
- g. Error en la percepción de las imágenes por el radiólogo, lo que redundará en informe erróneo o incompleto.
- h. Error en la transcripción por el personal de secretaría y falta de revisión por el informante al firmar.
- i. Error por usar plantillas para la redacción de informes y no revisar.
- j. Error al firmar y no revisar las imágenes de exámenes realizados por otro radiólogo.
- k. Entrega de exámenes equivocados, por el nombre o contenido del informe.
- l. No contar con el informe al haberlo hecho manuscrito en la misma orden y no guardar en forma electrónica.
- m. Informes parciales, incompletos en los cuales sólo se da cuenta de un hallazgo.
- n. Extravío de placas y exámenes anteriores traídos por el paciente.

Esta conflictividad no difiere de la descrita en las diferentes publicaciones en la literatura revisada⁽⁵⁻⁷⁾.

Conclusión

Como Corolario de esta reflexión, dirigida a los miembros de la Sociedad Chilena de Radiología, estimo adecuado terminar haciendo una cita del Dr. Justin Smith, del Departamento de Radiología de la Universidad de Washington, Seattle, hecha en el año 1988 y que mantiene toda su vigencia hoy día: «La relación médico-paciente, personal y humana es la que evita los conflictos legales al producirse un error o un resultado adverso» que resume en pocas palabras el contenido de nuestra reflexión⁽⁸⁾.

El enunciado anterior se ajusta más a la frase bíblica "por sus frutos los conoceréis", parafraseando el título de un artículo de los doctores García y Ortega, ya que más importante que los "dichos" (Informe Radiológico) son las acciones y actitudes de las personas⁽⁹⁾.

Bibliografía

1. Informe de la OMS/Consejo Europeo sobre la Seguridad del Paciente. Diciembre 2001.
2. Feld S, Rizzi CH, Goberna A. El Control de la Atención Médica. López Libreros Editores. Bs As. 1978.
3. Aranguren EA, Rezzónico RA. Auditoría Médica. Garantía de Calidad en la Atención de Salud. Centro Editor de la Fundación Favaloro. Bs. As. 1999.
4. Rencoret G, Auditoría Médica en la Gestión de Riesgos y Manejo de Conflictos. II Seminario Internacional de Derecho Sanitario. Santiago. 2002.
5. Ortega D, García C. Prevención de Riesgo en Radiología: El Error y el Radiólogo. Rev Chil Radiología 2002; 8:135-140.
6. Berlin L, Hendrix RW. Perceptual Errors and Negligence. AJR 1998; 170: 863-867.
7. The Evidence-Based Radiology Working Group. Evidence-Based Radiology: A New Approach to the Practice of Radiology. Radiology 2001; 220: 566-575.
8. Smith JP. Building a Winning Team: Management for the Radiologist's Employees. AJR 1988; 151: 135-140.
9. García C, Ortega D. El informe radiológico: "Por sus dichos los conoceréis". Rev Chil Radiol 2001; 7: 65-69.