

<https://www.larepublica.net/noticia/derecho-a-una-atencion-segura>

SOLUCIONES PARA PROFESIONALES
LA REPUBLICA.net

Derecho a una atención segura

Randall Madrigal Madrigal madrigalrandall@hotmail.com | Martes 23 noviembre, 2021



Randall Madrigal Madrigal

Abogado

Miembro de la Red Panamericana de Pacientes Por la Seguridad del Paciente

Las intervenciones en salud, sin duda alguna, se realizan con el fin de beneficiar a las personas, como una manifestación misma de los principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia y del principio hipocrático de "primum non nocere" o primero no hacer daño. Sin embargo, tales intervenciones son realizadas en ambientes con una combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones

humanas, entorno que constituye el sistema moderno de prestación de atención de la salud, que sin duda, en aprovechamiento de un recurso humano en salud cada vez más especializado y de un plano tecnológico otrora impensable; aporta beneficios importantes en la atención de los pacientes, no obstante, conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos y ciertamente ocurren, con demasiada frecuencia.

Así había sido advertido ya en el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación a la calidad de la atención y seguridad del paciente de 5 de diciembre de 2001.

La OMS en su glosario de conceptos básicos en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP), refiere a los eventos adversos como incidentes que producen daño al paciente, tratándose de hechos imprevistos, no relacionados con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica, sin que representen necesariamente un error médico, sino una falla del sistema (predominantemente) en cuanto a la organización del servicio de salud y que causan lesión, incapacidad, muerte, aumento de la estancia hospitalaria, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad propia del paciente. Ejemplos de ellos son las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales y los errores de medicación (prescripción, dispensación y administración), entre otros.

Los estudios sobre los riesgos de la atención sanitaria y eventos adversos (atención antes pensada como incapaz de provocar daños) ya afloraban desde las décadas de los años 50 y 60 del siglo pasado, pero es en 1999 con el estudio: "To err is human: building a safer health system", del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, que se aportan datos significativos y se coloca el tema en el centro del debate público en todo el mundo. Los datos de tal estudio ya eran alarmantes para esa fecha y siguen siéndolo sin duda en la actualidad.

Un reciente Informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) de 2020, bajo el título de The Economics of Patient Safety: from analysis to action, citado por el Comité de Bioética de España en su informe sobre los aspectos éticos de la seguridad del paciente y específicamente, de la implantación de un sistema efectivo de notificación de incidentes de seguridad y eventos adversos (2021), señala que más de 1 de cada 10 pacientes continúan

sufriendo daños por fallas de seguridad durante su atención, datos que no distan de los resultados obtenidos en años anteriores, en cuenta, el estudio IBEAS (2009), llevado a cabo en hospitales de Latinoamérica y en el que Costa Rica había participado.

El alarmante número de pacientes que sufren algún tipo de daño durante el proceso de atención de su salud, llevó a la OMS a lanzar desde el año 2004 la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, con el fin de mejorar la seguridad del paciente en el mundo; entendiéndose por seguridad del paciente, según esa organización, el conjunto de estructuras y procesos organizacionales, que reducen la probabilidad de eventos adversos, resultantes de la exposición al proceso de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos.

No cabe duda que, la seguridad del paciente guarda un vínculo directo, inquebrantable, diríamos, con el derecho a la protección de la salud y a la propia vida. La Ley italiana de 8 de marzo de 2017, de seguridad del cuidado y de la persona asistida, así como sobre la responsabilidad profesional de las profesiones sanitarias (Legge 24/2017, Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie) -citada en el referido informe del Comité de Bioética de España- proclama que la seguridad del cuidado es una parte constitutiva del derecho a la salud y se persigue en interés del individuo y la comunidad, indicando que dicha seguridad del cuidado también se logra a través de las actividades dirigidas a la prevención y gestión del riesgo, relacionado con la prestación de servicios de salud y el uso adecuado de los recursos estructurales, tecnológicos y organizativos. Tal legislación reconoce una conexidad entre el derecho a la protección de salud y a una atención segura, con lo que, sin duda alguna, estamos de acuerdo.

La promulgación de legislación a favor de la seguridad del paciente es conteste con el llamado de la OMS a sus Estados miembros a elaborar y aplicar políticas, leyes, estrategias, orientaciones, herramientas nacionales y a destinar los recursos adecuados, con el fin de reforzar la seguridad de todos los servicios de salud; según se desprende de una reciente resolución del año 2019, de la 72ª Asamblea Mundial de la Salud. Ya algunos países en Iberoamérica han hecho lo propio. España por

ejemplo, varios años atrás promulgó la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que dispuso de una infraestructura de la calidad, a partir de normas de calidad y seguridad, que contendrán los requerimientos que deben guiar los centros y servicios sanitarios para poder realizar una actividad sanitaria de forma segura; dentro de los que se contempla el registro de acontecimientos adversos, que recogerá información sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial de seguridad para el paciente.

Por su parte Chile, desde el año 2012, con la Ley n.º 20 584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su salud, estableció que toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales, cumplan con los protocolos establecidos en materia de seguridad del paciente y la calidad de atención en salud, referente a materias tales como infecciones nosocomiales, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención en salud y en general, todos aquellos eventos adversos evitables, según las prácticas comúnmente aceptadas; adicionalmente a ser informados acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños causados.

En Costa Rica, la Ley 8239 del 02 de abril de 2002, de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, es prácticamente omisa en comparación con las legislaciones española y chilena, en cuanto a seguridad del paciente. Al ser una ley que ya alcanzó su mayoría de edad y sobre la cual ya se ha planteado al menos un proyecto de reforma, lo referente a la inclusión en esta de expresas disposiciones sobre la seguridad del paciente, debe contemplarse.

El aporte de valor de las legislaciones que, como las citadas, contemplan lo referente a la notificación de los eventos adversos, es muy significativo. Ante todo, porque en materia de seguridad del paciente es determinante aprender de los errores, sacarlos a la luz cuando se producen, en procura de que no se vuelvan a presentar. Pero el reto no está únicamente en incluir lo relativo a la notificación de los eventos adversos en estos marcos normativos; el reto mayor radica en lograr que los agentes que participan del proceso de la atención de la salud, fundamentalmente los profesionales de la salud los comuniquen; pues pesan

difíciles obstáculos como el temor a ser perseguidos por ello, según los diferentes ámbitos de responsabilidad, administrativa, civil, disciplinaria o incluso penal.

De ahí la importancia de la discusión que se suscita actualmente, en cuanto a que, un modelo de notificación de eventos adversos deba basarse en un modelo no punitivo. Desde el Derecho Comparado hay importantes antecedentes de ello, con el modelo implantado en Dinamarca a partir de la Ley de seguridad del paciente de 1º de enero de 2004 y más recientemente la legislación italiana, antes referida y que estableció que los informes y documentos resultantes de la actividad de gestión de riesgos clínicos no pueden ser utilizados en el contexto de procesos judiciales.

Jurídicamente es una discusión compleja, pero que bien vale la pena tener, teniendo como norte el supremo valor del derecho a la protección de la salud en su más que evidente relación con la seguridad del paciente.