

De Josie King a Nicolás Deanna.

El Proyecto de Ley “Nicolás” cuyo eje central es la mala praxis. Retroceso de 20 años en la construcción de una medicina de calidad y segura: un proyecto temerario, un paradigma equivocado.

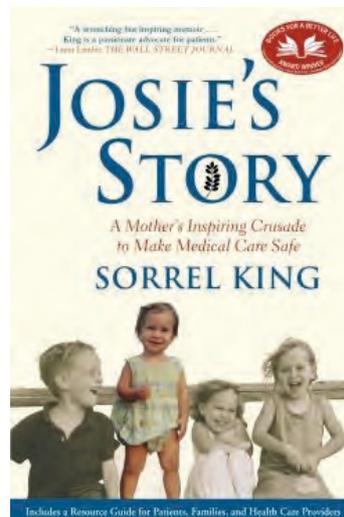
Dra Mariana Flichman
Gerencia de Riesgo y Calidad Médica
Swiss Medical Group

Josie, de 18 meses de edad, murió el 22 de febrero del 2001 en el Hospital Johns Hopkins por deshidratación, debida a una serie de errores que sucedieron durante su atención luego de ser hospitalizada por quemaduras de segundo grado. Su mamá, Sorrel King, junto a Johns Hopkins, crearon la Fundación Josie King y trabajan intensamente para construir una medicina segura. A partir de ese momento, el Hospital, a través del Comité de Seguridad del Paciente (liderado por Peter Pronovost), implementó un Programa de Seguridad del Paciente.

El objetivo principal de la Fundación Josie King es reducir el daño a los pacientes por errores o complicaciones evitables. La fundación promovió presentaciones, programas de capacitación en seguridad de alcance comunitario e inició el Programa de Premios Josie King Hero, que premia a cualquier miembro del personal del hospital que reconoció, informó o evitó un error médico, entre otras acciones. Asimismo, el video de la presentación de Sorrel King como orador en una reunión del Instituto de Mejoramiento de la Salud (IHI) se ha compartido internacionalmente a cientos de hospitales y organizaciones de atención médica. Estas son algunas de las tantas iniciativas que llevó adelante Sorrel para **transformar la tragedia vivida por su familia, en vida.**

La historia de Josie, escrita por Sorrel King, se utiliza como herramienta educativa para los profesionales de la salud.

El libro de memorias sobre Josie narra sobre los errores médicos que la llevaron a la muerte, las luchas de la familia para lidiar con su dolor, la incursión de Sorrel en la medicina como defensora de la seguridad del paciente y las mejoras de seguridad que se han producido en memoria de Josie.



Se trata de una de las tantas historias que, hace ya más de 20 años, dieron origen, junto a otros acontecimientos como la publicación del tratado “Errar es humano”, al movimiento mundial por la mejora de la calidad y la seguridad de la atención médica.

Es imposible mencionar los millones de proyectos implementados en diferentes países, las acciones realizadas desde la OMS con la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en el 2004, el movimiento de “Pacientes por la seguridad de pacientes” liderado por Susan Sheridan, que perdió a su esposo y su hijo por eventos adversos y errores en la atención (a quien tuvo el honor de conocer en una conferencia que brindó en la Universidad del Salvador hace unos años) y todas las iniciativas que, incluso en nuestro país, podemos listar. Personalmente, en el año 2001, inicié este camino en la Academia Nacional de Medicina, siguiendo a dos grandes pioneros: el Dr Agrest y la Dra. Ortiz.

Pero si algo hemos aprendido en estos 20 años, es que la solución a la dolorosa y seria problemática de los eventos adversos que sufren los pacientes NO está en la Justicia. Creer que la justicia puede mejorar la calidad de la atención o reducir los errores dista enormemente de la realidad. La bibliografía más seria publicada a nivel internacional a rma lo contrario. Por eso, el mundo ha buscado otro rumbo para dar respuesta y lo viene reco-

rriendo hace más de 20 años.

Eso no significa, como veremos más adelante, que no puedan y deban implementarse programas de acompañamiento, tratamiento y compensación económica para las víctimas de los eventos, como exitosamente han llevado adelante algunos países. Pero el mero gesto punitivo no sirve, no resuelve una problemática tan compleja, por el contrario, crea una grieta poniendo en veredas enfrentadas al equipo de salud y a los pacientes, generando un daño mucho mayor del que se podría imaginar.

Veamos ahora la historia de Nicolás Deanna. Nicolás murió el 2 de noviembre del 2017, a los 24 años, de una meningitis bacteriana. Habiendo una investigación en curso, no puedo realizar interpretaciones sobre lo que fue su proceso de atención médica. Su mamá, abogada de profesión, eligió el camino judicial y legislativo con el mismo objetivo que Sorrel: que no vuelva a ocurrir lo que le sucedió a su hijo. Esto la impulsó a proponer un proyecto de Ley, conocido como: la "Ley Nicolás".

Resumen del Proyecto: (los comentarios en negrita me pertenecen)

1. Propone la tipificación específica de la mala praxis, hoy se encuentra entre los delitos culposos de homicidio y lesiones. Es decir, propone que esté en el listado de "delitos" con nombre propio, con penas más altas que incluyan la cárcel efectiva. **Subiendo las penas se homologan a los delitos dolosos, es decir, intencionales... ¿Homologar el error de un médico a un asesinato, por ejemplo?**
2. Suspensión preventiva de la matrícula al momento de la imputación: durante el proceso de instrucción el médico no podría ejercer. **Yo me pregunto: ¿Y el principio de inocencia? ¿Seguirán eligiendo los jóvenes nuestra querida profesión? Soy docente universitaria y hoy ya los jóvenes evitan especialidades por el hecho de ser más demandadas que otras. Es una pena que el temor sea un criterio que prime por sobre la vocación.**

Dicen quienes apoyan el proyecto: *"Con ello evitamos que dichos profesionales continúen ejerciendo y cometan nuevos delitos. No es un adelanto de condena, la condena sería 'inhabilitación de título'; solo una suspensión a efectos de preservar la vida y la salud de la población como bien jurídico a proteger, como derecho humano de rango constitucional. En tanto cada uno de nosotros libra largas batallas en Tribunales (algunos procesos llevan entre 8, 10 o más años) tu vida y la de tus seres amados está en peligro. Nuestros seres*

amados, ya no están, hoy intentamos proteger a los tuyos."

¿No es una condena? ¿No genera un daño? Luego de 8 a 10 años sin ejercer el médico resulta absuelto y durante años no pudo trabajar, no pudo ejercer su profesión, sufrió el síndrome judicial con todas sus consecuencias.

3. La creación de un Registro Nacional de Médicos Imputados con la consiguiente obligación del Poder Judicial de actualizar dicho registro a medida avanza el proceso y la obligación de autoridades nacionales, provinciales, municipales y Directores de Instituciones Privadas de consultar dicho registro con anterioridad a la contratación de un profesional. **Nuevamente... ¿Registro de médicos imputados? ¿Una condena social sin juicio previo? Grave por donde se mire, comenzando por ser anticonstitucional, violando los principios de la ética y la justicia que dicen buscar. Temeraria propuesta.**
4. Asistencia económica a las víctimas para afrontar el juicio. **La asistencia es propuesta para costear el juicio penal ¿no debería también ofrecerse lo mismo al profesional? Los seguros por responsabilidad civil médica, salvo que expresamente decidan incorporarlo en las pólizas, no tienen obligación de cubrir las costas de un proceso penal y muchas veces los profesionales, hasta lograr acreditar que no hubo mala praxis, deben afrontar los costos de reclamos sin fundamento médico ni jurídico durante todo el proceso.**
5. Historias Clínicas Digitalizadas, encriptadas y nacionales a las cuales se puedan ingresar mediante un sistema informático. **Desconociendo los proyectos en curso y el avance que se ha generado en los últimos años en esta temática.**

Hace ya 20 años que dirijo un Programa de reporte y gestión de incidentes en la atención de la salud y, en esta instancia, decido compartirles dos historias reales recientes:

Médica, 38 años de especialista, de las mejores desde lo científico y desde lo humano, ha salvado y aliviado a miles de niños en casi 40 años de profesión. Durante su atención un niño sufre un evento grave, irreversible, intentó compartir el dolor de los padres, su propio dolor. Rápidamente el título de "asesina" apareció en las redes sociales y se inició un proceso penal. Tuvo que contratar abogados y peritos. Entró en una profunda depresión y decidió dejar la profesión que tanto amaba. El caso ya lleva un año en la justicia, aún en proceso inicial de ins-

trucción, mientras tanto, la medicina y la sociedad perdieron a una gran profesional (sin mencionar el impacto personal y familiar de la colega).

Médico, 25 años de especialista, estudioso y comprometido con la profesión, ¿cuántas vidas habrán pasado por sus manos en estos años? Innumerables. Finalmente, ocurre un evento grave con una paciente, se genera una situación de violencia física cuando, junto a otro colega, intentan explicarle a la familia lo sucedido. Lo golpean duramente. A la madrugada siguiente ingresa a su casa la policía, armada, a realizar un allanamiento. Su esposa y su hijito de dos años vivieron el sorpresivo operativo con temor y asombro, observando como se llevaban desde sus computadoras y celulares, hasta una mochila con pertenencias personales. Piensa seriamente dejar la profesión. Tuvo que contratar abogado y peritos, la causa lleva un par de meses. Aún no recuperó ni siquiera su teléfono, sin hacer una lista de lo que no recuperará jamás después de lo vivido.

Podría relatar muchísimos casos similares....

Yo pregunto: ¿Es este el camino?

¿Nuestra sociedad cree que así mejorará la calidad de la atención en los hospitales de nuestro país?

¿Sorrell hubiera logrado todas las mejoras si en lugar de lo que hizo hubiera demandado penalmente a los profesionales?

Mi respuesta es contundente: NO ES EL CAMINO.

Entonces ¿qué deberíamos hacer como sociedad para reducir los eventos adversos evitables?

¿Podemos trabajar juntos por una medicina de calidad y segura?

Sí, pero es imprescindible un cambio de paradigmas:

- Las Programas de Seguridad del paciente deben ser una Política de Estado.
- El Ministerio de Salud debe ser el ente de control de dichos programas, fijando y garantizando estándares mínimos de calidad de atención.
- Las condiciones de trabajo de los profesionales también deben ser modificadas: residentes trabajando 30 horas o más sin descanso, un altísimo porcentaje de profesionales de enfermería con doble empleo, y la lista es larga...
- Los Programas deben incluir la participación activa de los pacientes. Deben incluirse espacios para el

reporte de incidentes por parte de los propios pacientes o familiares.

- La Seguridad del paciente debe formar parte de la Currícula de grado y posgrado (la Universidad del Salvador, pionera en la formación en Seguridad del Paciente, hace años incorporó la materia en todos los años de la carrera de grado y recientemente en los cursos de posgrado).
- La Seguridad también debe incluir el proceso de recertificación profesional.
- La calidad debe ser premiada y la no calidad castigada por los financiadores de la Salud (lo que conocemos como "pago por performance").

Para poder avanzar en este sentido como sociedad tenemos que asumir que:

El proceso de atención médica es complejo, la medicina es cada vez más compleja (lo que genera mayores riesgos) y necesariamente los errores humanos deben ser gestionados ya que es inevitable que ocurran. Finalmente, la gestión debe ser sistémica, no individual.

Los eventos adversos, definidos como el daño producto del proceso de atención médica, ocurren y, en un porcentaje de alrededor del 50% de los casos, NO son evitables. Tenemos que trabajar intensamente en el 50% que se puede evitar.

Aún tenemos como sociedad una cultura fuertemente punitiva, lo que conduce a que los errores y las fallas en muchos casos se oculten en lugar de comunicarse adecuadamente de manera transparente, compartiendo al equipo de salud y paciente-familia lo sucedido.

La Cultura de la Seguridad exige distinguir los errores, las conductas de riesgo y los actos temerarios. El error se consuela y se repara, se analizan las causales y se tratan. La conducta de riesgo merece reexión y aprendizaje, las conductas temerarias deben ser sancionadas pero en el ámbito de un Programa de Seguridad que analice el proceso de atención que falló, desarrolle acciones con el equipo de salud, el paciente y su familia, y establezca medidas de mejora en caso de ser necesarias.

El camino por recorrer es largo.

Los invitamos a ser parte, a trabajar por una medicina de calidad y segura para los pacientes y su familia, para el equipo de salud y para las Instituciones en las que desarrollamos nuestra actividad.