



Responsabilidad institucional y obligaciones de seguridad en clínicas y hospitales

Jorge Andrés Franco Z. MD, Profesor asistente, Jorge Mario Castro B, Ivonne F. Corrales C, Elkin Eduardo Garzón R, Sandra Elizabeth Giraldo R, Lylliam Patricia Montenegro A. Estudiantes X semestre. Grupo de Medicina Forense, Departamento de Patología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

En Febrero de 1996 dos estudiantes de medicina en cumplimiento de su rotación por el servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios, murieron a causa de una acción violenta al ser desarmado un agente de policía, por un paciente en estado de embriaguez, que se encontraba en el área de atención de trauma. En memoria de ellos y de todos aquellos profesionales de la salud y pacientes que han sido víctimas de la violencia y la imprevisión de las medidas de seguridad, realizamos este trabajo como un aporte al conocimiento y análisis de los principios y normas existentes sobre responsabilidad institucional y obligaciones de seguridad en clínicas y hospitales.

La responsabilidad médica se puede definir de manera general, como la obligación que tienen los médicos e instituciones de salud de asumir las consecuencias de sus actos y omisiones en la atención de los pacientes. Se puede clasificar dicha responsabilidad como una obligación de orden moral, social y legal, comprendiendo esta última la responsabilidad penal, civil, administrativa, ética y laboral (1). En el presente artículo, trataremos la responsabilidad civil y administrativa de las instituciones y sus relaciones con la responsabilidad personal de los profesionales de la salud por daños causados a los

pacientes, con énfasis en las obligaciones de seguridad.

La responsabilidad civil de las instituciones parte del principio tradicional del derecho que dice que todo aquel que cause un daño a otro está obligado a reparar. Las obligaciones de las clínicas e instituciones de salud están enmarcadas dentro de las obligaciones de resultados, es decir están obligadas a responder por todas aquellas cosas que estén bajo su control y solo se podrían excusar argumentando la culpa exclusiva de la víctima, el hecho de terceros, o una situación de fuerza mayor. Un listado de dichas obligaciones en su jurisprudencia elaboradas por la Corte Suprema de Justicia (CSJ) son :

“...la obligación profesional del médico es por regla general una obligación de medios.” CSJ, sentencia Marzo 5 de 1940, Octubre 14 de 1956, Septiembre 12 de 1985, Noviembre 26 de 1986.

“Hay obligaciones que son de la naturaleza del contrato de hospitalización. Dentro de estas se incluyen :

Suministrar alimentación y habitación al enfermo, suministrar las medicaciones que prescriba el médico, control por parte de

médicos, residentes y enfermeras, archivo y custodia de historias clínicas y exámenes de laboratorio, obligaciones de seguridad, mantenimiento de equipos y control de horarios.” CSJ, sentencia de Septiembre 12 de 1985.

“...la responsabilidad puede variar según la especialización de los servicios que preste la clínica”. CSJ, sentencia de Septiembre 12 de 1985

“Existe responsabilidad contractual, independiente que el contrato sea oneroso o gratuito”. CSJ, sentencia de Marzo 5 de 1940.

Las obligaciones puestas a cargo de una institución prestadora de servicios de salud (IPS) por el contrato con el paciente son numerosas y de carácter variado, y su incumplimiento daría pie al desarrollo de demandas. Dentro de estas obligaciones se encuentran:

1. Mantenimiento de equipos: Una institución de salud debe efectuar el mantenimiento que recomiende el fabricante y usar los equipos y suministros, estrictamente, para lo que fueron diseñados ya que de lo contrario se pondría en riesgo a los pacientes.
2. Suministro de medicamentos: La inadecuada preparación de medicamentos, o la negligente

administración de los mismos hace responsable al hospital. En la práctica forense se han observado casos de muerte y lesiones personales por confusión en la droga a aplicar, inadecuada rotulación, medidas y soluciones de concentración errada y descuido en la evolución de los pacientes.

3. Obligaciones de seguridad: **La seguridad hospitalaria** se define como todas aquellas medidas que tienen como función prevenir accidentes proporcionando un medio ambiente seguro, control de infecciones, control de riesgos potenciales, control de zonas restringidas, señalización, transporte de enfermos, control de armas, previsión de actos violentos y autoagresión, procedimientos de seguridad, control de visitantes, identificación del personal autorizado, ingreso y egreso de pacientes con énfasis en los recién nacidos.
4. Verificar la idoneidad del personal
5. Personal médico y de enfermeras suficiente para una adecuada atención.
6. Control de horarios
7. Proporcionar habitación y alimentación adecuada

Antecedentes históricos

Desde el año de 1970 empezó a aumentar el número de demandas en contra de médicos e instituciones de salud en los Estados Unidos, ante esta realidad avalada por la Justicia Norteamericana, las instituciones empezaron a buscar mecanismos que disminuyeran las pérdidas económicas que por objeto de indemnizaciones estaban presentado (2).

Desde un principio fue claro que la mejor manera de evitar esto era impedir que se presentaran hechos accidentales o nocivos para los

pacientes y para esto en el transcurso de los años se fueron realizando variadas actividades con este fin. Inicialmente se delegaba a una persona para que se encargara del control del servicio de seguridad de un hospital, y progresivamente se fue llegando a los conceptos manejados en la actualidad donde es sabido que todas las personas de una institución son responsables en mayor o menor grado de la seguridad de su lugar de trabajo, y que como en muchos otros aspectos son las vivencias y los errores cometidos los que en un momento determinado permiten tomar las conductas más importantes para garantizar el mejor desempeño en un área. En este caso particular, debe ser del conocimiento de las instituciones de salud en nuestro medio que ante problemas o fallas de seguridad o de atención a pacientes, se debe hablar con todas las personas involucradas a diferentes niveles para determinar el lugar preciso donde ocurrió el defecto, el grado de responsabilidad de las diferentes personas, y la observación personal que sobre el particular tiene cada uno, para de esta manera poder emprender acciones específicas tendientes al mejoramiento de la función colectiva de la institución disminuyendo al máximo la posibilidad de ocurrencia de un nuevo error (3, 4).

Normatividad

Con la expedición de la Ley 100 en 1993, se vienen dando las pautas para el funcionamiento de las instituciones de salud; en el campo de la seguridad es poco específico el aporte que esta ley general puede brindar. Se destaca la resolución 00741 de Marzo 14 de 1997 del Ministerio de Salud donde, en doce artículos, se dictan normas sobre la creación obligatoria del manual de vigilancia y seguridad de las

entidades, la adopción de medidas de seguridad, como identificación obligatoria de trabajadores, usuarios y visitantes, respetando lugares y horarios preestablecidos, la restricción del ingreso de armas o elementos potencialmente peligrosos, la vigilancia específica de lugares como sala de partos y recién nacidos, y el manejo especial de pacientes psiquiátricos (5).

Manejo de las situaciones de violencia en clínicas y hospitales

La violencia se define como la imposición de la fuerza con el fin de lesionar o abusar incluyendo la violencia verbal, armada y el acoso sexual. Su incidencia ha ido en incremento en las instituciones de salud en los últimos años. Estadísticas de hospitales universitarios de los Estados Unidos muestran que durante un año, mensualmente un 18% registró un evento violento con armas de fuego contra el equipo de salud, 43% reportó agresión física contra un miembro del servicio de urgencias y un 46% había confiscado al menos un arma a alguno de los pacientes (3). Actualmente son pocas las publicaciones sobre su real incidencia, evidenciándose en la reducida información que se maneja sobre el tema en el medio científico y administrativo hospitalario. En la literatura revisada de nuestro país no encontramos publicaciones encaminadas al establecimiento de normas y principios de seguridad en el área hospitalaria.

Está demostrado que el área más frecuentemente afectada es el servicio de urgencias, debido a la convergencia de factores predisponentes como el tipo de personas que se atienden, pacientes con comportamientos violentos, psiquiátricos, armados, bajo el efecto de

sustancias de abuso, víctimas de la violencia o generadores de la misma, visitantes o familiares con actitudes agresivas; la infraestructura hospitalaria como la ubicación de salas de trauma, triage y hospitalización, salas de espera poco placenteras, esperas prolongadas, situaciones traumáticas a las que se ven abocados el paciente y su familia entre otras (2,6). **Ante esta cotidianidad los profesionales de la salud que allí laboran, han aceptado estos hechos como un elemento inherente a su trabajo,** no registrando los eventos violentos como tal y permitiendo que los hospitales subestimen el control de la violencia como una prioridad en los servicios de salud (4). Las agresiones al personal de salud tienen repercusiones laborales, ya que hay predisposición a padecer depresión mayor, sentimientos de inseguridad, ataques de pánico, facilitando conductas evasivas con el uso de psicotrópicos y alcohol, disminuyendo la productividad y el desempeño integral del individuo (7).

Control del Porte de Armas

Debido al aumento de la violencia a nivel mundial y su relación con el uso de armas cada vez más letales, una de las medidas de seguridad hospitalaria es el control del porte de armas (8). Estas pueden ser de varios tipos, desde armas de fuego, cuchillos y navajas, hasta elementos que utilizados de manera especial pueden resultar potencialmente peligrosos, como joyas, gafas, o lápices (9-10).

Se ha documentado en la literatura internacional que una tercera parte de quienes ingresan a un hospital portan armas (11). Un estudio realizado en Departamentos de Urgencias de 127 hospitales universitarios en USA informó que mensualmente el 18% tuvieron al

menos una amenaza con arma al equipo de salud, y que en el 46% de los casos se confiscó al menos un arma (12). En Oregon se reportó que un 0.2% de 39000 pacientes vistos en un período de 20 meses se les encontró armas. Una encuesta realizada a 390 residentes de urgencias de California sobre su perspectiva de la violencia y seguridad personal, determinó que un 22% de los encuestados respondió poseer un arma y 18% de estos la carga consigo rutinariamente (11). Por este motivo en Colombia se han creado políticas tendientes a disminuir el porte de armas en especial en recintos cerrados a los que acceden gran cantidad de personas, como es el caso de las IPS. El Ministerio de Salud estableció que deben adoptarse normas en estas instituciones que restrinjan el ingreso de armas o cualquier otro elemento que se considere peligroso para la seguridad de los trabajadores y usuarios. Esta norma no es restrictiva para el personal de seguridad del estado previamente identificado, lo cual consideramos no debe ser justificado como una excepción, ya que el porte de armas en estas instituciones incrementa enormemente el riesgo de eventos violentos independientemente de quien las porte, y la OMS estableció que por ningún motivo está permitido el porte de las mismas en recintos cerrados especialmente hospitales y clínicas.

Para vigilar que estas normas se cumplan, debe existir un personal de guardia las 24 horas del día en todas las entradas y salidas de los hospitales, es necesario que se registre a todas las personas, y adicionalmente pueden utilizarse detectores de metales en las puertas. El personal que labora en los hospitales y que está en contacto continuo con visitantes y pacientes debe estar entrenado en reconocer,

manejar y prevenir agresiones. Para lograr esto último podemos mencionar qué vestimenta debe ser apropiada para casos en los que se necesite huir: no usar corbatas o bufandas que pueden ser utilizadas para asfixiar, uso de gafas con vidrios de seguridad o lentes de contacto, no usar anillos con realces cortantes y no dejar al alcance elementos peligrosos como tijeras o bisturís. Una medida útil es archivar en programas de computador las historias de aquellas personas con riesgo de repetir episodios de violencia.

Control de Acceso

Controlar quienes ingresan o egresan de un hospital es una medida de seguridad esencial. En todas las oportunidades, el personal de seguridad debe inspeccionar a todas las personas que acceden a entradas y salidas, bloquear las no esenciales y determinar cuál de ellas está restringida a cierto personal hospitalario. Un estudio en Hospitales Universitarios Estadounidenses que trata más de 40.000 pacientes anualmente demostró que solo un 62% de sus departamentos de urgencias tiene 24 horas de seguridad, esta situación es más dramática en departamentos de urgencias pediátricos ya que según una encuesta realizada a 44 directores de estos, solo el 54% tiene seguridad las 24 horas (4, 12).

El Ministerio de Salud determinó que todas las personas visitantes, trabajadores o usuarios de cualquier institución prestadora de salud, estén plenamente identificados y porten el distintivo institucional en una parte visible mientras permanezcan en la institución, además se deben adoptar los mecanismos necesarios que permitan conocer el destino del visitante, identificándolo con un distintivo con el nombre del

respectivo servicio al que se dirige y programar el número de visitantes por usuario y los horarios de visita. Una vez se ordene la salida de un usuario, el portero responsable de la puerta de salida debe solicitar la orden de salida y verificar la información contenida en ella a través del documento de identidad del usuario y la firma del funcionario responsable de dicha salida.

Accidentes Hospitalarios

Las caídas en los pacientes hospitalizados, ya sea desde una cama, mientras deambulan o aún sedentes, es una situación que se presenta con gran frecuencia, favorecida por las condiciones de riesgo generadas en la enfermedad, el ambiente hospitalario y el cuidado que se le preste al paciente.

La estadística reportada por Mount Sinai Hospital de Nueva York, en 1988 estableció la ocurrencia de 2000 caídas siendo el 35% de todos los accidentes reportados, estimando que el 2% de los pacientes admitidos a esta institución sufriría una caída durante su estancia hospitalaria (13). Aunque en la mayoría de los casos una caída no representa cambios en la evolución o costo de la enfermedad, existe una minoría que no por esto deja de ser importante y que ocurre especialmente en edades extremas de la vida, en las que la morbilidad se ve aumentada considerablemente; por ejemplo, de las fracturas presentadas en pacientes mayores de 65 años, aumentan los costos de manera importante anualmente. Hay efectos que aunque menos tangibles son igualmente significativos, relacionados con el estado emocional de paciente, sentimientos de fracaso ante su cuidado, percepción de la comunidad, la calidad de atención y

los problemas legales que de allí se generan (14, 15). Conociendo entonces el impacto de las caídas, se hace necesario la identificación de factores de riesgo y sus medidas preventivas, adoptando programas como el establecido por esta institución.

El programa del Mount Sinai Hospital de Nueva York redujo en un 50% estos accidentes en un lapso de aplicación de 4 años, siendo especial la disminución en la unidad psiquiátrica.

La evaluación del riesgo de caídas se debe estimar en todos los pacientes y especialmente en aquellos que presentan aspectos que incrementen el riesgo, como quienes no pueden deambular por sí mismos por su patología de base, estén medicados con fármacos que alteren el estado de conciencia o el equilibrio, presenten inestabilidad hemodinámica, requieren supervisión para la movilización fuera de la cama, estén conectados a múltiples equipos, presenten alteraciones en sus esfínteres que les motivan a levantarse sin supervisión y aquellos que presenten alteraciones sensoriales, del juicio y la orientación. Debemos considerar la importancia de los pacientes pediátricos en cuanto a su movilización, ya que ellos presentan un alto riesgo de caída desde su cama más que desde su propia altura, considerándolos de alto riesgo en todo momento maximizando así las precauciones en este grupo de edad.

Identificación de pacientes con riesgo de presentar caídas.

- * Antecedentes de caídas.
- * Consumo de medicamentos como: sedantes, antihipertensivos, hipnóticos.

- * Pacientes con hipotensión postural.
- * Alteraciones psiquiátricas y del estado de conciencia.
- * Alteraciones del equilibrio y la marcha.
- * Pacientes con necesidad de asistencia en sus actividades básicas cotidianas.
- * Pacientes en edades extremas de la vida.

En cuanto al manejo del paciente, habiendo establecido la (s) causa (s) que incrementa su riesgo, se toman acciones tanto por parte del personal hospitalario como de la familia y si es posible del mismo paciente, el principal medio de prevención es la educación y la adecuación del área de hospitalización que sea confortable y segura, proporcionando al paciente un mínimo de riesgos y una mejor atención por el personal de enfermería

Conclusiones

Finalmente los autores queremos indicar que el análisis y conocimiento de las obligaciones y la responsabilidad de las Clínicas, y profesionales que prestan servicio de salud redundarían en la creación de una "*cultura de la seguridad*", que permitiría prevenir daños materiales y morales a los pacientes y disminuiría la reclamación legal por caídas de pacientes, errores de suministros de drogas (16), lesiones por quemaduras, secuestro de recién nacidos, lesiones y muerte a pacientes y personal de salud en episodios de violencia hospitalaria (17), daños causados por falta de personal, deficiente mantenimiento de equipos y uso inadecuado de los mismos. Invitamos al cuerpo médico a participar activamente en la discusión de estos temas con el fin de mejorar la calidad del ejercicio y la atención de los pacientes, fin último y principal de la Medicina.

REFERENCIAS

1. **Mora, Izquierdo Ricardo** "Fundamentos de Responsabilidad Medica para Profesionales de la Salud". *Colección guías en Medicina Legal y Ciencias Forenses 1996* segunda edición en prensa.
2. **Kinney J.** Building a violence prevention program: There's to such thing as "one size fits all". *Laboratory medicine* 27 (7) July 1996. 450.
3. **Pane GA, Winiavski AM,** Agression directed toward emergency department staff at University teaching hospital. *Annals of emergency Medicine* 1991; 20:283-86.
4. **Kingkle, S.** Violence in the DE:Stop before it startes. *American Journal of nurse.* July 1993 (7):22-24.
5. Ministerio de Salud, Colombia. Res. 00741. Marzo 14 de 1997.
6. **Frost, D, Rhee K.** The Incidence of Battery in an urban emergency departmenr. *Annals of emergency medicine* 22:583-585. March 1993.
7. **Rice M, Moore G.** Management of the violent patient: Therapeutic and Legal considerations. *Emergency medical Clinics of North America.* 69:12-30. 1991.
8. Policy statements. American college of emergency physicians. *Annals of emergency medicine* 26 (6) Dec. 1990:772-774.
9. **Drummond D, Sparrl:** Hospital violence reduction among high risk patients. *Jama* 261:2531-2534. 1989.
10. **Kinney J.** It's time to address workplace violence in the health care industry. *Laboratory medicine* 27 (7) July 1995. 443-448.
11. **Thompson M, Nunn J.** Disarming the department: Weapon screening and Improve security to create a safer emergency deparment enviroment. *Annals of emergency medicine:* 17: 419. 1988.
12. **Lavoie FV, Carter Gl.:** Emergency Department violence in United States teaching hospitals. *Ann. Emergency medicine.* 17: 1227. 1988.
13. **Barkerk, Silvia M.,** Quality improvement in action: A falls prevention and management program. *The Mount Sinai journal of medicine.* Vol. 60. N 5: 387-389. October 1993.
14. Responsibility for selecting and using medical devices. *Health tecnology management.* Vol. 3 N 3: 9-19. Feb. 1989.
15. Hospital resposabilities when using medical devices. Health tecnology management. *Legal and regulatory* 1. 1990.
16. **Timothy S.** Medication prescribing errors in teaching Hospital. *Jama* Vol. 263 N17: 2329-2333. May 1990.
17. **NigelB, Elibert P.** Dont surrender your emergency department to violent patients and visitors. Instead learn how you can assess the risk of violence and how your hospital can act to ensure your safety. *American journal of nurse.* Sept. 1995; 45-50.