ADMINISTRADORES Y MÉDICOS INTERESES COMUNES EN PREVENCIÓN

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE S. A. ®

En muchos de los hospitales e Instituciones de salud que me ha tocado visitar como Administrador de Riesgos, he podido observar la falta de integración entre la Administración (médica y no médica) y el Staff profesional. Muchas veces esta falta de integración se traduce en franca antinomia. Esta situación suele generar programas excelentemente diagramados en el papel, pero de escaso cumplimiento dada la falta de participación de quienes serán los ejecutores finales (los médicos) en su elaboración.

La colaboración entre el staff médico y el administrativo es fundamental para garantizar la seguridad de los pacientes. Dicha colaboración es mejor lograda a través de un abordaje sistémico que relacione los programas de control de calidad, de administración de riesgos, de acreditación, de auditoría y de asesoría médico legal. Las instituciones y los médicos asistenciales comparten intereses comunes, como la preocupación por el paciente y el deseo de controlar los costos por responsabilidad profesional, pero esta separación tradicional entre los roles administrativos y asistenciales hace que la sistematización sea más difícil. Si bien cada hospital u organización deberá desarrollar sus propios programas, hay algunos elementos que son claves para un abordaje integral: manejo de datos, comunicación, responsabilidad por los resultados y análisis de la morbilidad (*Peer Review*). Nada podrá lograrse a su vez sin la **participación de los médicos y auxiliares** y sin el **compromiso de los más altos niveles de la administración**.

La calidad de la atención debería ser el principio ético guía tanto para administradores como para médicos, si bien es cierto que muchas veces los criterios de la gerencia difieren de los de su staff profesional en cuanto a qué se entiende por "atención de calidad". Habrá que destinar entonces tiempo y esfuerzo en la búsqueda de una definición común, no imponiendo un concepto de calidad que no sea el resultado del consenso general.

Independientemente de este principio filosófico, los médicos y los administradores comparten otros intereses prácticos como son: (1)

- Minimizar el riesgo de daño a los pacientes.
- Minimizar las pérdidas financieras vinculadas a arreglos o juicios por mala praxis.
- Utilizar en forma apropiada y costo efectiva los recursos del hospital u organización.
- Cumplir con los requerimientos de acreditación.

INTERÉS COMÚN N° 1: MINIMIZAR EL RIESGO DE DAÑO A LOS PACIENTES

Son varios los artículos publicados acerca de los eventos adversos experimentados por los pacientes durante su internación en hospitales (2) (3), definidos estos como aquellos daños involuntarios causados al menos en parte por el tratamiento médico y que resultaron en una internación más prolongada o en algún grado de incapacidad luego del alta. Según el estudio de práctica médica de Harvard publicado en 1991(3), se presentan eventos adversos en aproximadamente el 4% de los pacientes internados. Cradick (2), utilizando criterios objetivos para auditar el 100% de las historias clínicas, reportó que entre el 18 y el 20% de los pacientes sufrirían estos eventos, a los que define como situaciones desfavorables que no son consecuencia natural de la enfermedad del paciente ni del procedimiento. Estas situaciones van desde actos menores de omisión, como pudiera ser el olvido en la administración de una medicación, a lesiones severas producidas por equipo defectuoso, errores de diagnóstico o accidentes quirúrgicos.

Hay pocos datos acerca del porcentaje de eventos adversos que son prevenibles. Lambert estudió más de 1000 casos de mala praxis en Pennsylvania (USA) (4), concluyendo que aproximadamente dos tercios de las muertes y lesiones hubieran podido prevenirse. Los cirujanos del Peter Bent Brigham Hospital and Harvard Medical School, uno de los hospitales más prestigiosos del mundo, descubrieron que los programas para prevenir el daño a los pacientes podrían ser sumamente costo-efectivos (5). **Si bien sólo identificaron 36 negligencias quirúrgicas en 5.612 admisiones a cirugía, el costo de la atención de estos 36 pacientes fue de casi 2 millones de**

dólares. Terminan sugiriendo que todos los hospitales deberían desarrollar métodos consistentes para identificar y prevenir estas costosas e innecesarias ocurrencias.

INTERÉS COMÚN Nº 2: MINIMIZAR PÉRDIDAS FINANCIERAS POR DEMANDAS DE MALA PRAXIS

La frecuencia y los costos de las demandas por mala praxis continúan aumentando en nuestro país y en el mundo tanto para médicos como para instituciones de salud. A consecuencia de esto, los costos de los seguros de responsabilidad profesional y de los auto-seguros también están aumentando.

Si bien en la Argentina carecemos de datos oficiales que abarquen todo el país, distintos medios y consultoras han publicado que se estaría demandando por cifras de entre 300 y 500 mil dólares, con una tendencia creciente (6) (7). Esto coincide con datos de los Estados Unidos.

Decir que el aumento de las demandas se corresponde con un aumento de la mala praxis médica resulta aventurado. De hecho, es probable que lo opuesto sea cierto. Los distintos reportes de la Asociación Médica Americana acerca de responsabilidad profesional puntualizan que tres de cada cuatro reclamos o juicios contra médicos e instituciones son cerrados a favor de la defensa (8).

Este alto índice de reclamos injustificados invita a reflexionar en el beneficio potencial que tendría el reducir significativamente el número de demandas que se inician, reduciendo concomitantemente los costos del seguro de responsabilidad profesional. Este es uno de los objetivos base de cualquier programa de administración de riesgos.

INTERÉS COMÚN Nº 3: UTILIZACIÓN APROPIADA Y COSTO-EFECTIVA DE LOS RECURSOS

Este debiera ser otro interés en común. El interés del médico asistencial se basa en el principio de que una inapropiada utilización de los recursos no condice con una alta calidad de atención. Definir qué es lo que constituye una “atención apropiada” puede ser terreno de disputas entre la gerencia y el staff médico, sobre todo porque puede haber diferencias de opinión entre profesionales ante un diagnóstico médico o un procedimiento quirúrgico. Sin embargo como cuestión

-de principio, la atención apropiada es inseparable de la atención de calidad. Por esta razón, muchas instituciones integran las tasas de utilización con los programas de control de calidad. **La administración no debería tomar decisiones acerca de lo que es apropiado o no desde el punto de vista médico sin la participación y colaboración activa de su staff profesional. Ellos a su vez deberían colaborar en la elaboración de protocolos clínicos razonables que ayuden a disminuir fricciones.**

El interés de la Administración en este punto radica en controlar los costos de la “medicina defensiva”, entendida esta como aquella que emplea métodos de diagnóstico y tratamiento que probablemente no sean necesarios y que no alteran el pronóstico ni el curso del tratamiento, con la única finalidad de proteger al médico en hipotéticos juicios. Se estima que en los EE.UU. los costos de esta medicina rondan entre los 15.000 y los 50.000 millones de dólares (1). Este tipo de medicina tampoco es admisible, ya que aumenta significativamente los costos con poco o nulo beneficio para el paciente.

INTERÉS COMÚN Nº 4: CUMPLIR CON LOS REQUERIMIENTOS DE ACREDITACIÓN

Finalmente en nuestro país tanto médicos como instituciones comienzan a buscar su acreditación (al principio en forma voluntaria). Los mecanismos de acreditación en todo el mundo son similares y constituyen el reconocimiento formal de los esfuerzos tanto de médicos como de organizaciones por trabajar en favor de los mejores intereses del paciente en cuanto a calidad y seguridad.

El lenguaje preciso de los distintos organismos de acreditación podrá variar, pero hay elementos que se repiten en la mayoría como ser:

- La integración de funciones relacionadas.
- La corrección demostrable de problemas que tienen un impacto significativo en la calidad de la atención.
- Un efectivo sistema de acreditación de su personal médico y auxiliar.
- La creación de estándares uniformes para los departamentos médicos, auxiliares y administrativos.

BARRERAS HISTÓRICAS

Independientemente de estos intereses en común, han existido tradicionalmente barreras históricas para la colaboración entre la administración de las instituciones y el personal médico. Estos factores deberán ser discutidos en forma franca si se pretende una colaboración efectiva.

En general se puede observar una gran desvalorización del trabajo del otro. Los médicos asistenciales desestiman las opiniones de los administrativos a quienes consideran burócratas de escritorio (médicos o no), alejados de la realidad y poco prácticos. Los administrativos, por su parte, muchas veces no se nutren del invaluable aporte de quienes se enfrentan con problemas reales todos los días para la elaboración de sus programas.

Esta falta de confianza genera un cortocircuito en la comunicación, sobre todo aquella vinculada con incidentes clínicos que son ocultados a los responsables de administrar la calidad y el riesgo de la institución, impidiendo evitar así la recurrencia de los problemas identificados. Desde siempre los distintos departamentos asistenciales han evaluado en forma puntual la calidad de su atención a través de ateneos de morbimortalidad y revisión entre pares. Esto no debería cambiar, ya que nadie mejor que un par para evaluar una determinada conducta. Será responsabilidad de los médicos entonces integrar esta información a los programas generales de control de calidad de la institución. A los administrativos les cabrá la obligación de darle al staff médico la conducción de los cambios necesarios que fueran consensuados. En la medida en que se pueda demostrar la efectividad de los programas, la confianza mutua mejorará.

Otro factor que disminuye la colaboración radica en el hecho de que muchas veces las instituciones tienen un seguro de responsabilidad profesional diferente del que tienen sus médicos, con los conflictos resultantes en cuanto a manejo de siniestros y estrategia en juicio.

HACIA UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MAS ACCESIBLE

Ya no escapa a nadie que los reclamos por presunta mala praxis se han instalado en la sociedad. Y no decimos mala praxis médica porque resultaría una obviedad. Nos referimos a la Responsabilidad Civil Profesional en un sentido más amplio, incluyendo en ella, pero no limitándola, a abogados, escribanos, veterinarios, etc. De todas maneras las "palmas" se las sigue llevando la Responsabilidad Profesional Médica. El sistema de salud actual, la influencia de los medios, y el creciente sentido social al resarcimiento de los daños, son algunos de los motivos de esta realidad.

¿Qué consecuencias inmediatas acarrea lo descrito en el párrafo precedente? Sin dudas una mayor exposición a pérdidas económicas por parte del Agente de Salud, ya sea que se trate de un prestador o de un financiador. Por otro lado, esta exposición no es mensurable, ya que dependerá de los reclamos que reciban (frecuencia) y montos de los mismos (intensidad). Esto se constituye en un costo variable y potencial. Ante esta situación, lo ideal es asumirlo definitivamente como un costo, pero fijo y ya no variable. Para ello se debe transferir el riesgo, y la forma más práctica, comprobada y sencilla, es a través del contrato de una póliza de seguros que cubra el riesgo en cuestión. Adicionalmente hay que considerar que se puede "recuperar" parte de lo erogado, como ser el IVA y también la posibilidad de imputarlo como un gasto en la declaración del impuesto a las ganancias, ya sea se trate de una persona física o jurídica.

Sin embargo, ¿se puede optimizar esto aún más? Indudablemente. La forma de conseguirlo es múltiple:

- Por un lado trabajar en una activa política preventiva de siniestros. Es necesario desarrollar un programa de Administración de Riesgos, en conjunto con la Aseguradora;
- Tener un excelente manejo del incidente ya producido. Para esto se pueden crear comités de riesgo institucionales donde debe participar la aseguradora, aportando su experiencia y trabajando en equipo con la institución;
- Un buen desarrollo de los dos puntos precedentes son importantes al momento de contratar un seguro o de renovarlo. Quien trabaja bien, tendrá menor frecuencia e intensidad de siniestros;
- Pero hay un punto más, y muy importante, cual

es el de crear una buena transferencia del riesgo institucional;

¿A qué nos referimos con esto? Una institución médica trabaja con numerosos prestadores y financiadores. En la medida en que cada uno de estos cuente con un seguro, máxime si es en la misma Aseguradora, habrá:

- Una única cultura;
- Una unidad de criterio en el manejo de los siniestros, evitándose el conflicto de intereses entre las partes reclamadas;
- Al contar cada uno con una cobertura, necesariamente disminuirá el riesgo institucional, pudiendo obtenerse mejores costos;
- La contratación de un seguro donde el Tomador sea la institución y los beneficiarios los prestadores que allí trabajan, potencia los beneficios impositivos ya explicitados más arriba (el seguro de cada prestador se deduce de sus honorarios), mantiene el control del pago en el Asegurado principal, evitando la "sorpresa" de que una póliza esté en mora y por lo tanto sin cobertura;
- Se ofrece un beneficio al profesional, quien suele ser un "pluriempleado", otorgándoles una cobertura en todo el territorio nacional;
- Adicionalmente a esto, el contratar los seguros patrimoniales (incendio, seguro técnico, etc.) en la misma Compañía, mejora aún más los costos, ya que estos riesgos, de "cola corta", pueden "subsidiar" la asunción de peores riesgos cuales son los de Responsabilidad Civil Profesional, no sólo por la frecuencia e intensidad de los reclamos, sino también por tratarse de riesgos de "cola larga", con un período de prescripción de 10 años.

HACIA UN ABORDAJE INTEGRADOR. ELEMENTOS CLAVE

La colaboración Institución/Médicos puede ser alcanzada a través de un programa integrador dirigido a garantizar la seguridad de los pacientes. Como vimos, dicho programa deberá coordinar funciones relacionadas con el objetivo de mejorar la calidad de la atención, reducir los riesgos que se pueden prevenir y disminuir el impacto de las pérdidas por responsabilidad profesional. Los elementos comunes en cualquier programa son:

1. Centralización de la base de datos: La atención deberá ser monitorizada utilizando criterios objetivos sobre aspectos significativos. Las fuentes deberían ser múltiples: reporte de incidentes, indicadores clínicos establecidos, tasas de utilización, quejas, siniestros, auditorías internas y externas, etc. Estos datos deberían ser procesados y organizados para su análisis en forma periódica. Tradicionalmente, los datos vinculados con la calidad de atención fueron manejados en forma separada de los datos concernientes a eventuales problemas médico-legales potenciales, pero hay técnicas de recolección de datos que aportan información para ambas cosas.

2. Respeto a la "Revisión entre pares" (Peer Review): En un programa verdaderamente participativo, los médicos asistenciales deberían retener para sí el "derecho y la responsabilidad" de evaluar incidentes o patrones de práctica dentro de sus servicios. Una vez realizada la evaluación entre pares a través de comités propios, deberían volcar estos datos al programa general de calidad y administración de riesgos del hospital.

3. Responsabilidades asignadas. Debería quedar perfectamente aclarado de quién es la responsabilidad de conducir las acciones correctivas de problemas identificados y documentados, tanto en el caso de los jefes de servicio como de los jefes administrativos.

4. Comunicación: La comunicación entre ambos sectores es el "aceite" que hará funcionar este engranaje. La misma puede ser formal a través de documentos como son la normas y procedimientos, los organigramas, los planes escritos de control de riesgo, los reportes de incidentes, etc. La comunicación informal también es esencial. Los administrativos deberían "caminar" la institución manteniendo conversaciones frecuentes con todo el personal (no

sólo con los jefes).

Los programas de control de calidad son los programas del staff médico apoyados por un fuerte compromiso del gerenciamiento del más alto nivel. El éxito o el fracaso de los mismos estarán en la suma y no en la dispersión de esfuerzos.

BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Surgeons. Patient Safety Manual. Second Edition.
2. Craddick JW (ed): "Medical Management Analysis. An Overview." Auburn, CA; Joyce W Craddick, 1984, vol I, pp 5-8.
3. T.A Brennan et. Al, "Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients". The New England Journal of Medicine 324, nº 6 (1991): 377-384
4. Maryland Hospital Education Institute. Two thirds of malpractice incidents are preventable. QAVRM Bulletin 2(4):1, 1982.
5. Couch NP, et al: "The high cost of low frequency events- The anatomy and economics of surgical mishaps. N. Eng J Med. 304: 638-641
6. El Cronista, 17 de noviembre de 1997: "El fantasma de la mala praxis tiene seguro"
7. Estrategas, Diciembre de 1997.
8. American Medical Association Special Task Force on Professional Liability and Insurance. Professional Liability in the '80s: Report 2. Chicago, A.M.A, oct 1984, p 13