

**RESPONSABILIDAD DE LA GERENCIA DE SALUD EN LA
SEGURIDAD Y ATENCIÓN DE LOS PACIENTES: EL CASO DEL
INCENDIO EN EL HOSPITAL CALDERÓN GUARDIA**
**(Responsibility of the health management in the security and attention of
patients: The case of the fire at Calderon Guardia Hospital)**

Acevedo Castellón, Roger*

Cortés Barquero, Jorge*

Gamboa Arend, Roberto*.

Ramos Castro, Paula*

Rodríguez Muñoz, Byron*

Turcios Madrigal, Pamela*

*Estudiantes de Medicina de IV año. Universidad
de Costa Rica.

Tutora: Dra. Grettchen Flores Sandí,
Médica Forense del Departamento de
Medicina Legal de Costa Rica.
GFlores@Poder-Judicial.go.cr

Recibido para publicación	23-01-2006
Aceptado para publicación	31-01-2006

SUMMARY

On July 12th, 2005, the fire that struck at the Calderon Guardia Hospital, presented difficulties of evacuation of patients and the prompt attention of the

fire due to a lack of security measures such as emergency ladders and working hoses; furthermore, the flames were induced, not accidental. In Costa Rica, there is a regulation, since January 2005, which indicates security measures necessary in case of a fire; although it's considered by some to be very strict. The other Hospitals of Caja Costarricense del Seguro Social, with the exception of Hospital Nacional de Niños, do not count with the majority of security conditions required in case of a fire. The responsibilities of the Caja Costarricense del Seguro Social and the direction of each hospital to watch over the security of their patients and the quality of their attention, are analyzed. It is their obligation to guarantee the health of their patients.

KEY WORDS

Security and attention of the patients, Hospital fire, responsibility.

RESUMEN

El día 12 de julio de 2005 se presentó un incendio en el Hospital Calderón Guardia con dificultad para la evacuación de los pacientes y la pronta atención del incendio debido a la falta de medidas de seguridad, tan básicas como escaleras de emergencia y mangueras funcionantes; además, el incendio fue provocado y no accidental. En Costa Rica existe desde enero de 2005 un reglamento que establece las medidas de seguridad necesarias en el caso de un incendio; aunque ha sido considerado por algunas personas como demasiado estricto. Los otros hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social, con la excepción del Hospital Nacional de Niños, no reúnen la mayoría de condiciones de seguridad en caso de un incendio. Se analiza que es responsabilidad de la Caja Costarricense del Seguro Social y de la dirección de cada hospital velar por la seguridad de sus pacientes y la calidad de su atención. Es su obligación ser garantes de la salud de sus usuarios.

PALABRAS CLAVE

Seguridad y Atención de los pacientes, Incendio Hospital, Responsabilidad

I. INTRODUCCION:

El 12 de julio del año 2005 ocurrió el incendio de mayor magnitud que haya ocurrido en Costa Rica en un centro hospitalario: el Hospital “Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia”. Éste causó la muerte de 21 personas, la evacuación de más de 500 pacientes, daños económicos estimados en más de \$20 millones, y un trastorno importantísimo en el sistema de salud del país, al dejar incapacitado a uno de los tres hospitales centrales de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.).

Esta tragedia no sólo se mide en el costo económico que produjo el incendio, ni en el tiempo que se va a tardar en retornar los servicios del hospital a la normalidad, o la ruptura de la red de servicios médicos de la seguridad social del país, sino también el aspecto humano de ésta.

Luego de las imágenes que transmitieron los diferentes medios de prensa y los testimonios de los sobrevivientes, sólo quedaron interrogantes: ¿qué pasó? ¿cómo pasó? ¿quién lo hizo? ¿era evitable? ¿por qué las personas tuvieron que escapar por las ventanas del hospital? ¿por qué no se tomaron medidas luego del incendio anterior en el mismo hospital, en enero del mismo año?

Este incendio revela un problema subyacente en las instituciones involucradas, como lo son la falta de seguridad y el descuido en la calidad de atención que se brinda a los pacientes.

Con el presente trabajo, se pretende traer a la palestra estos conceptos de seguridad del paciente y su repercusión en la calidad de la atención, y cómo la gerencia de

salud tiene la obligación de ofrecerle a sus usuarios la más alta calidad en todos los aspectos, no solo en la atención per se, sino también en infraestructura, equipo y seguridad. Tomando como ejemplo el caso del Hospital Calderón Guardia, se espera que se tome conciencia acerca de las acciones que es imperativo tomar por parte de instituciones públicas y privadas y que no se justifique la evasión de responsabilidad.

Objetivos

Analizar el concepto de responsabilidad hospitalaria y la responsabilidad de la Gerencia Médica de la C.C.S.S.

Investigar la importancia de la seguridad del paciente y la calidad de atención, como factores de responsabilidad hospitalaria.

Determinar los factores involucrados durante el incendio del Hospital Calderón Guardia a la luz de los reglamentos vigentes en el país en relación con medidas de prevención y seguridad.

II. ELEMENTOS DE ANALISIS

A) Crónica del Incendio del Hospital Calderón Guardia (HCG)

La deflagración inició el 12 de julio del 2005 a las 2:20 am en los pisos cuarto y quinto de la parte más antigua próxima a la escalera principal (que constituía la única vía de acceso)¹; luego de que una estruendosa explosión estremeciera el cuarto piso del hospital. Sobrevino una combustión y se formaron las llamas. El fuego tomó fuerza en una bodega que almacenaba sueros e instrumentos médicos. El humo comenzó a saturar

pasillos y salones². No había luces ni escaleras de emergencia, no funcionó la alarma de fuego ni las mangueras del edificio. El sistema de bombeo de agua se activó pero el líquido no llegó hasta el quinto piso¹.

El fuego consumió 1800 metros cuadrados y 100 camas de las áreas de neurocirugía, hemodiálisis, hemodinamia, cirugía 3, urología, vascular periférico y ginecología. En hemodiálisis se quemaron 14 unidades para atender pacientes con insuficiencia renal, los equipos de hemodinamia para hacer cateterismo cardiaco se perdieron todos³.

El fuego acorraló a los pacientes que no pudieron salir por las escaleras y se vieron obligados a salir por las ventanas. Si bien las personas que trataron de buscar las ventanas, no podían pasar de ahí pues el hospital carece de balcones². Cobró la vida de 21 personas de los cuales 18 eran pacientes internados (16 de ellos murieron en el incendio y 2 debido a la evacuación del hospital) y 3 eran enfermeras. Las pérdidas se estiman aproximadamente en unos veinte millones de dólares. A las 3:30 a.m. se dio por controlado el incendio^{2,3,4}.

Cifras³

1800

Total de metros cuadrados del HCG alcanzados por el fuego

522

Número de pacientes que se hallaban en el hospital cuando se inició el incendio

279

Número de bomberos y de socorristas de la Cruz Roja que atendieron la emergencia

185

Cantidad de pacientes del HCG que fueron reubicados en otros hospitales

19

Cantidad de personas fallecidas en el incendio

2

Cantidad de personas fallecidas durante la evacuación

8

Cifra de hospitales que recibieron los 185 pacientes trasladados del HCG

Pérdida

Una estimación preliminar indica que el incendio ocasionó daños por 20 millones de dólares e infraestructura y equipo médico

Sin embargo, los problemas detectados no eran nuevos, desde 1995 y por lo menos en cuatro informes del cuerpo de bomberos se advirtió previamente sobre el riesgo de un incendio grave en el hospital¹:

17 de febrero de 1995: “El cuerpo de bomberos criticó la distribución física del hospital, aseguraron que no es la más aconsejable para una evacuación rápida y segura. Los pacientes que no pueden moverse por sus propios medios se encuentran en los pisos superiores”. Los afectados en este caso eran pacientes de neurocirugía, muchos de ellos conectados a respiradores¹.

2 de noviembre del 2000: Oficio del Instituto Nacional de Seguros, al Hospital Calderón Guardia señala las correcciones que se deben realizar en el hospital luego de una evacuación:

No se cuenta con ninguna salida de emergencia y para llegar a la salida convencional existente es necesario recorrer una distancia aproximada de 65 metros, situación que complicaría una posible evacuación en caso de emergencia.

El edificio no cuenta con sistema de detección ni alarma de incendios.

Las áreas aledañas al riesgo en mención a saber sector sur, sector oeste, presentan una carga de fuego bastante considerable.

No cuenta con planes establecidos para casos de emergencia ni ninguna información al personal, que no está capacitado en este tipo de planes.

No existe señalización en lo referente a salidas ni prohibición al fumado¹.

EVA-014-2004: “Un tercer documento del cuerpo de bomberos hace una valoración de las diferentes unidades del hospital. En el caso del departamento de neurocirugía se recomendó instalar luces de emergencia, sistemas de iluminación en las salidas y los pasillos y colocar extintores de CO₂”. En la emergencia del 12 de julio el fluido eléctrico falló y se desconoce si los extintores de este sitio funcionaron¹.

20 de enero del 2005: En el informe de bomberos se documenta el incendio ocurrido el 8 de enero del mismo año en la Biblioteca del Hospital Calderón Guardia y se comprueba que la alarma no funcionó y que salía lodo de la tubería del sistema fijo contra incendios instalado en las paredes del centro médico¹.

24 de mayo del 2005: un informe de la dirección financiera administrativa del Seguro Social catalogó el sistema de incendios del hospital como “obsoleto” y dijo que las cañerías tienen más de 60 años de construidas y “no se han arriesgado a probarlas” porque podría deteriorar el edificio. También existe un informe de la unidad de habilitación del

Ministerio de Salud del 2004, en que se advierte sobre la necesidad de revisar y mantener lo extintores y alarmas de humo en todos los centros médicos del país. Además se solicitó revisar el sistema eléctrico y la recarga de los toma corrientes y regletas, porque no ofrecían ninguna garantía¹.

Recapitulando los informes que se realizaron a lo largo del tiempo estos sugerían que los requisitos para prevenir una catástrofe exigían implementar un plan de evacuación, construir paredes resistentes al calor e instalar sistemas de detección temprana del fuego, pero nada de esto se había hecho. El director del cuerpo de bomberos, se cuestionó por qué no se aplicaron las recomendaciones en el hospital si llevan una década en el papel y reconoció que el área no tenía salidas de emergencia que facilitarían el avance de pacientes físicamente limitados para moverse solos¹.

El director médico del Hospital Calderón Guardia, aseguró que hace 15 años se planteó a las autoridades de la CCSS un primer “tratamiento” para los hospitales viejos. En el caso del Hospital Calderón Guardia, se propuso la construcción de una nueva torre y se reconoció haber recibido un informe el 17 de febrero de 1995 por parte del Instituto Nacional de Seguros, asegurando, que desde entonces no se ha dejado de trabajar para mejorar las condiciones de seguridad del inmueble¹.

1) Informe del Organismo de Investigación Judicial (OIJ)

Una investigación preliminar presumió inicialmente la teoría de que el incendio pudo generarlo un balastro de un visor de radiografías del quinto piso. La

presunción surgió porque se encontró en un cuarto anexo al salón de neurocirugía un visor que se cree quedó encendido. Incluso se encontró desprendimiento de repello del cemento de la pared^{5,6,7}.

Posteriormente, continuaron las investigaciones por parte del Organismo de Investigación Judicial con entrevistas a funcionarios del centro médico, pacientes y familiares de los enfermos que en ese momento estaban en el hospital⁸.

Según el Informe que presentó este ente judicial a la fiscalía, se logró evidenciar y concluir que el incendio del Hospital Calderón Guardia fue provocado y no accidental. Se llegó a esta conclusión tras descartar que el fuego se originara por el balastro o un cortocircuito:

a) El balastro se descartó como origen del incendio al compararlo con más de éstos encontrados en el edificio. Las pruebas de laboratorio establecieron que los balastros derraman al calentarse un material llamado brea, se hizo la prueba a más de 1000°C y éste no fue capaz de iniciar fuego sino una llama incandescente. Asimismo, se determinó que el balastro que estaba en el cuarto piso se encontraba en perfecto estado internamente.

b) El cortocircuito también se descartó ya que en el cable eléctrico del sitio no se encontró el efecto perla (cable deformado y chamuscado)⁸.

Según el director de la Policía Judicial, el fuego comenzó en una bodega de materiales, en la que había materiales que aceleraron la combustión (formularios en cantidad suficiente para 10 años, vasos plásticos de los utilizados para llevar pastillas a los pacientes, pajillas, pañales

y algodón)⁹, aunque no se encontraron restos de sustancias combustibles. Esto hace sospechar que el incendio pudo haber sido con un fósforo u otro artefacto incendiario con solo ponerlo sobre algodón o el papel almacenado. Además, en el informe policial se reveló que la bomba de agua que alimenta el sistema fijo contra incendios se encontraba en buen estado el 12 de julio, pero que la persona encargada de manipularla, por negligencia o desconocimiento no la purgó, por lo que, al encender la bomba, el agua no fue succionada del tanque de almacenamiento. Es por esto que el sistema no funcionó, pero está el agravante que las mangueras no alcanzaban al edificio viejo, ya que sólo estaban en el edificio nuevo. Tampoco había extintores, salidas de emergencia ni escaleras de emergencia^{1,8}.

Con respecto a las muertes casi todos los pacientes del servicio de neurocirugía en el quinto piso estaban intubados, con cirugías recientes y conectados a máquinas de asistencia, como oxigenadores, aparatos para el suministro de medicamentos por vía venosa y monitores para medir la frecuencia cardíaca^{2,8}. Se calculó que en la zona del siniestro hubo temperaturas cercanas a los 1100 °C. El fuego se propagó de manera tan rápida por la madera y los materiales inflamables que poco pudieron hacer los funcionarios del hospital para rescatar pacientes².

Precisamente, los empleados se dedicaron a orientar hacia la salida a quienes tenían más posibilidad de salvarse. De hecho, 522 personas lograron escapar de acuerdo con el director del hospital².

Por otro lado, para los investigadores resultó fundamental la declaración de cuatro testigos, dos de ellos se toparon a un asistente de pacientes cuando salía de la bodega en la que comenzó el fuego.

Otras dos personas vieron al mismo individuo cerca de esa sección, relataron a las autoridades que dicha persona contemplaba el fuego y se veía “muy sorprendido”⁹. Finalmente se llegó a la conclusión de que las ansias de reconocimiento lo habrían llevado a provocar el incendio. Las investigaciones determinaron que el mismo sujeto visto por los testigos fue el presunto culpable del siniestro¹⁰. Se constató además que con el fin de obtener empleo en este centro médico presentó títulos falsos que lo acreditaban como asistente de enfermería graduado en una universidad privada, bombero voluntario de Nueva York y asistente de emergencias médicas graduado de la Universidad de Costa Rica⁹.

Las autoridades están convencidas además de que el sospechoso también provocó el incendio del 8 de enero en la biblioteca del quinto piso del Calderón Guardia. En esa oportunidad cosechó halagos por su atinada intervención, pues con un extintor evitó que las llamas se expandieran. Se supone que el 12 de julio habría pretendido lo mismo con dos extintores, pero no lo logró, se alejó de la bodega cuando se percató de que las llamas estaban fuera de control, pero se permaneció para la evacuación¹⁰.

Actualmente se le atribuye el delito de homicidio con ocasión de muerte, por lo que se expone a una pena de hasta 20 años de cárcel. El artículo 246 del Código Penal sanciona con prisión de cinco a diez

años a quien, mediante incendio o explosión, creare un peligro común para las personas o los bienes. La pena será de 10 a 20 años de prisión si el hecho causa la muerte o lesiones gravísimas a alguna o algunas personas¹⁰.

2) Reglamentos relacionados con la prevención de incendios en el país

El 17 de Enero de 2005, el Instituto Nacional de Bombero publicó en el diario oficial La Gaceta este reglamento con el fin de regular los aspectos generales sobre seguridad humana y protección contra incendios. Estas reglas son de aplicación obligatoria en todo proyecto de construcción de obra civil, edificación existente o cualquier lugar destinado a la ocupación de personas sea esta temporal o permanente. Entre los requerimientos, destacan¹¹:

Planta eléctrica

Tanque de agua: para un sistema fijo de mangueras

Equipo de radio: para facilitar la comunicación con el Cuerpo de Bomberos.

Alarmas contra incendio.

Escaleras de Emergencia con barandas de protección que sean anti-incendios.

Zonas de Seguridad:

Sísmica: dentro del mismo edificio.

De evacuación

En el caso de un Hospital, es esencial la presencia de los siguientes elementos:

Brigadistas (personal capacitado para atender un incendio), que deben saber manejar un:

Sistema Fijo: de mangueras, que deben estar conectadas a una red de tubería.

Sistema Portátil: de extintores.

Camillas: para el traslado de pacientes.

Sillas de ruedas y sillas de emergencia especiales

Ambulancias

Comunicación vía parlante
Suministros médicos
Recurso Humano:
Comité de Control de Emergencias
Seguridad
Comunicadores
Rotulación: de salvamento, que por estándares internacionales es en fondo color verde con figuras blancas.
Mapas de evacuación: que sirven para quienes son evacuados y para los bomberos.
Puertas tipo “antipánico”: que se abren al empujar y jalar.

El Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos (CFIA) propondrá una adaptación de las nuevas reglas emitidas para prevenir incendios en edificaciones ya que el Cuerpo de Bomberos adoptó como obligatorias las normas de la Asociación Nacional Estadounidense de Protección contra el Fuego (NFPA). Y el CFIA considera que algunos requisitos son muy estrictos y su alto costo los torna en inaplicables. El director del Cuerpo de Bomberos del INS, explica que la adopción de la normativa NFPA responde a una necesidad real del país “que está muy avanzado en normativa constructiva sísmica, pero, está muy rezagado en la parte de incendios”¹².

Este un proceso válido, no para eliminar requisitos exigentes por su alto costo, si no para eliminar aspectos de dicha normativa que sean caprichosos e innecesarios, y agregar aquellos que no se contemplan¹³.

B). Vulnerabilidad Hospitalaria

Según un estudio realizado por el Ministerio de Salud, 21 de los 27 (un 78%) centros incumplen con el 30% o

más de los requisitos de personal, mobiliario e infraestructura que exige la normativa de habilitación aprobada en el 2002. Las recomendaciones sugeridas en el informe son de acatamiento obligatorio. Preliminarmente se ha solicitado a cada hospital un plan para remediar la situación, con su respectivo cronograma, el cual quedaría en espera de ser aprobado¹⁴.

Los Directores de los hospitales aceptaron que deben hacer mejoras. Es lógico que la mayoría no cumpla el 100% de la normativa, pues muchos hospitales fueron creados hace más de 80 años, y la reglamentación se aprobó hace tres^{18,19}.

No obstante, la mala habilitación de un centro hospitalario, no obedece a la antigüedad de sus instalaciones necesariamente. Una de las observaciones anotadas en la evaluación del Ministerio de Salud es un alto deterioro en los pisos, paredes y cielo rasos de las estructuras, debido a un mantenimiento preventivo y correctivo rezagado. De manera que una mayor iniciativa en el mantenimiento de las instalaciones procurando remodelaciones periódicas, y aplicación de normativas de orden, limpieza y cuidado de los bienes e infraestructura, preservaría cualquier habilitación y reduciría gastos excesivos a largo plazo para corregir el descuido¹⁴.

Hospital México: Tiene 4 salidas de emergencia, y las enfermeras diseñaron chalecos “canguro” para sacar a los bebés si es necesario. Carece de sistemas de detección de incendios pero ya se está comprando uno. Los vestíbulos, patios de luz y áreas de dispersión incumplen dimensiones de seguridad, salidas a más distancia del recorrido de la exigida por

seguridad (45 metros) del punto más alejado, áreas que sirven a más de 100 personas no cuentan con al menos dos salidas al exterior^{14, 15}.

Hospital San Juan de Dios: No hay provisiones de seguridad ni alarmas de incendios. Hay pasillos y corredores que no evacuan directo a la calle. Se usa material en paredes y techos sin efecto retardatorio del fuego^{14, 15}.

Hospital Blanco Cervantes: Los vestíbulos, patios de luz y áreas de dispersión incumplen dimensiones de seguridad, salidas a más distancia del recorrido de la exigida por seguridad (45 metros) del punto más alejado, áreas que sirven a más de 100 personas no cuentan con al menos dos salidas al exterior. Escaleras de emergencia no cuentan con señalización y están bloqueadas^{14, 15}.

Hospital de Heredia: Hay hidrantes, extintores y detectores pero faltan rociadores de agua^{14, 15}.

Hospital de las Mujeres: No hay escaleras de emergencia, detectores de humo ni rociadores. Se construye una nueva parte que sí tendrá esos equipos^{14, 15}.

Hospital de Liberia: La parte nueva que corresponde al 85% tiene sistemas de alerta y escaleras de escape^{14, 15}.

Hospital de Cartago: Tiene plan de evacuación. La parte vieja (ala norte) no tiene detectores de humo. El resto sí, pero se encuentran en mal estado^{14, 15}.

Hospital de Niños: Hay rampa de emergencias, escaleras, detectores y mangueras internas^{14, 15}.

Hospital de Limón: Falta la instalación de un sistema de detección de humo y rociado de agua^{14, 15}.

Hospital de Nicoya: se tramita la compra de detectores de humo^{14, 15}.

Por su parte, el Ministerio de Salud evaluó cuatro hospitales privados de la capital (Hospital Cima San José y Hospitales Clínica Bíblica, Clínica Católica y Clínica Santa Rita) y éstos cumplen actualmente con el 100% de la norma de habilitación¹⁴.

C) Seguridad Social costarricense

En lo referente al seguro social, el término de enfermedad y de asistencia sanitaria, se basa en tres importantes principios:

Todos los hombres son iguales ante la enfermedad.

Todos los hombres tienen el mismo derecho a utilizar los medios necesarios para mantener la salud.

Todos los hombres tienen el mismo derecho a utilizar los recursos médicos preventivos.

En la sociedad moderna, se tiene el derecho a la Seguridad Social como derecho del hombre y por tanto, prerrogativa natural, irreductible e inalienable¹⁶.

En Costa Rica, como en muchos otros países, se da la implantación de la intervención del Estado en la vida económica y social, en un principio, en beneficio del sector económicamente más necesitado (clase obrera); pero,

posteriormente, también en beneficio de la propia industria. El Seguro social se configura como un sistema por el cual la fuerza del trabajo de aquellos para los que constituye éste su única fuente de ingresos es asegurada contra los riesgos que la amenazan, y entre ellos la enfermedad como riesgo más frecuente, protección que está limitada¹⁶.

Para financiar el seguro social obligatorio, la CCSS cuenta con un sistema tripartito, NO es un régimen de beneficencia, tal como se especifica a continuación:

Aporte	Seguro, enfermedad y maternidad	Seguro invalidez, vejez y muerte	Total
Trabajador (a)	5,5 %	2,5%	8%
Patrono (a)	9,25%	4,75%	14%
Estado	0,25%	0,25%	0,5%
Total	15%	7,5%	22,5%

a) Porcentaje de los aportes

Los porcentajes de los aportes se calculan de la siguiente manera:

De los trabajadores: el 8% de sus salarios totales.

De los patronos: el 14% de los salarios de sus trabajadores.

Del estado: 0,55% del monto de los salarios de todos los trabajadores.

b) Financiamiento de los aportes

Por otro lado para financiar las prestaciones que se otorgan a los pensionados en los diferentes regímenes que operan en el país las cuotas se calculan así:

Para los pensionados el 4,5% de sus pensiones.

Para el régimen que otorga la pensión el 7,75% del monto de las pensiones que paga a las personas cubiertas.

Para el estado, el 0,5% del monto de las pensiones de todos los pensionados cubiertos por el seguro.

El Estado, que ha de velar por los intereses de los particulares, ha de cuidar la protección de los ciudadanos en materia de salud y TIENE LA OBLIGACIÓN LEGAL de protegerlos contra posibles “irresponsabilidades”, muy especialmente en los centros e instituciones del denominado sector público de la Salud¹⁶.

D) Análisis de la Responsabilidad Hospitalaria a la luz de la Responsabilidad Objetiva.

Según Eduardo Couture, la responsabilidad consiste en la “situación jurídica resultante derivada de una acción u omisión ilícitas que consiste en el deber de reparar el daño causado”¹⁷. El artículo 1045 del Código Civil, apoya esta definición señalando que “todo aquel que por dolo, falta, negligencia o imprudencia, causa a otro un daño, está obligado a repararlo junto con los perjuicios”¹⁸.

La responsabilidad civil se diferencia de la responsabilidad penal en cuanto que la penal se refiere a la obligación que tiene el responsable de asumir las consecuencias punitivas (generalmente penas que le privan de libertad o multas), mientras la civil se relaciona con las obligaciones patrimoniales que nacen del mismo hecho o delito. De acuerdo con el Código Civil algunos daños se gobiernan por los principios de la responsabilidad subjetiva, y otros por la responsabilidad objetiva¹⁹.

Responsabilidad Subjetiva

En el artículo 1046 del Código Civil se señala que “la obligación de reparar los daños y perjuicios ocasionados con un delito o cuasidelito, pesa solidariamente sobre todos los que han participado en el delito o cuasidelito, sea como autores o cómplices y sobre sus herederos”¹⁸.

Según esto, la obligación de reparar el daño se basa en la responsabilidad de la persona, no en el daño que causó¹⁹.

Responsabilidad Objetiva

Desde el punto de vista de responsabilidad objetiva, la obligación de reparar un daño se basa en que hubo un daño a otro, y en su imputabilidad material a determinada actividad humana, no en la existencia de una culpa¹⁹. Según el artículo 1048 del Código Civil, la obligación de reparar un daño es exigible no sólo por los actos u omisiones propios, sino por los de aquellas personas de quienes se debe responder. Esta responsabilidad se extiende a los padres por los perjuicios causados por los hijos menores o incapacitados que están bajo su autoridad y habitan en su compañía; al Estado, las instituciones descentralizadas del Estado y el Municipio cuando el daño es causado por conducta del funcionario; y los maestros o directores de artes y oficios por los perjuicios causados por sus alumnos o aprendices, mientras permanezcan bajo custodia^{18,20}.

Entonces, la responsabilidad objetiva atiende al nexo causal, es decir, a que se demuestre que una acción A tuvo como consecuencia un perjuicio B, sin importar la culpa o si fue intencional o no. Demostrado el daño, hay que repararlo²⁰.

Elementos de la Responsabilidad Civil

Éstos van a variar según sea responsabilidad subjetiva u objetiva. En la subjetiva interesan: una conducta que cause un daño, que esta conducta haya sido dolosa o culposa, un daño o perjuicio y que entre el daño y la culpa exista un nexo de causalidad. Para la responsabilidad objetiva solo interesan tres elementos: la autoría o imputabilidad (una conducta o un hecho), un daño y un nexo causal entre daño e imputabilidad, nótese que aquí se excluye el elemento de dolo o culpa. En estos casos, el daño se le atribuye al propietario o poseedor de la actividad peligrosa, del animal fiero o de un edificio, pues solo se exige la existencia de una causa material atribuible a determinada persona¹⁹.

En estos casos, no es necesario acreditar ni la existencia de la capacidad culposa, ni la de una culpa. Aunque esta responsabilidad no exige la culpa o el dolo de parte del autor, jamás debe pensarse que la responsabilidad por riesgo indica que la víctima puede impunemente escoger al responsable, ya que esta tiene que probar los tres elementos antes mencionados, que se detallan a continuación²⁰:

El Hecho o la Conducta: la víctima debe demostrar que el daño que se le causó es imputable a un determinado acto o hecho. Un hecho jurídico se define como “todo acontecimiento capaz de producir efectos de derecho”²⁰.

Daño o Perjuicio Causado: es lo que ocurre cuando se destruye o se pone en detrimento alguno de los derechos subjetivos de las personas. No solo incluyen daños materiales, sino también daños morales²⁰.

Nexo de Causalidad: es la relación que debe existir entre el hecho imputable a una persona (física o jurídica) y el daño causado. El daño debe ser efecto o resultado del hecho; daños que no puedan imputarse a un acto o hecho no generan obligación de repararlos²⁰.

Responsabilidad Directa y Objetiva de las Administraciones Públicas

En Costa Rica se encuentran descritas en la Ley General de la Administración Pública. Siempre que exista un nexo causal entre la actividad de la Administración, a través de sus autoridades o personal sanitario adscrito al centro hospitalario o centro de salud, y el daño sufrido por el paciente, puede éste hacer efectiva la responsabilidad patrimonial, exigiendo directamente a la Administración pública correspondiente las indemnizaciones por daños y perjuicios causados en la asistencia sanitaria. Esto es muy importante en el caso del Hospital Calderón Guardia, ya que establece la legalidad del reclamo al estado por causa de las muertes generadas en el incendio de este centro; las diferentes familias pueden y deben pedir a la Administración una explicación del suceso¹⁶.

Esta responsabilidad patrimonial es de carácter objetivo vinculado exclusivamente al funcionamiento de los servicios públicos; de tal suerte que la obligación de indemnizar el daño surge con total independencia de la valoración reprochable de la conducta que lo pudiere haber causado (su antijuricidad o ilicitud).

La emprendida legal no se da en la mayoría de los casos contra el profesional sanitario, dada la dificultad de demostrar

su culpabilidad o negligencia grave. La Administración NO se exonera de responsabilidad cuando se presenta un caso fortuito (impredecible) pero INTERNO¹⁶.

La Administración después de haber indemnizados a los lesionados, podrá exigir de sus autoridades y demás personal (médicos inclusive) la responsabilidad en que hubieren incurrido por dolo, culpa o negligencia grave, aunque esto no exime a la administración de su responsabilidad objetiva¹⁶.

Responsabilidad Hospitalaria

En Costa Rica, la responsabilidad hospitalaria ha sido reconocida, administrativa y penalmente, aplicando correctamente las normas correspondientes a nuestro ordenamiento jurídico²¹.

La medicina es una actividad profesional que se dedica a resguardar los valores de la vida y la salud, pero hay casos en que una conducta que se origina en la prestación de servicios de salud, o algún hecho que ocurre en el lugar donde se prestan servicios de salud (en este caso un Hospital) produce un daño en la vida, salud o integridad de un paciente, se le debe exigir al autor que responda ante la ley. En este caso el Hospital y el médico son garantes de la salud de la persona²⁰. La seguridad clínica y calidad de la atención son conceptos que han sido tradicionales de las instituciones de salud, limitándose la calidad de la atención a la satisfacción del usuario con el servicio que se entrega²².

La seguridad se refiere a la ausencia de lesión accidental. La seguridad nace del sistema, por lo que las instituciones de

salud deben desarrollar una orientación del sistema hacia la seguridad del usuario, para así crear una cultura organizacional, o sea, un conjunto de creencias, valores y actitudes en los miembros de un centro hospitalario que se refleje en sus acciones diarias²¹.

Todas las actividades de mantenimiento hospitalario deben dirigirse teniendo en cuenta:

Aspecto técnico: para conservar infraestructura, equipamiento e instalaciones, en forma segura, eficiente y confiable, para no interrumpir los servicios.

Aspecto económico: contribuir con los medios disponibles a sostener lo más bajo el costo de operación del hospital.

Aspecto social para el Sector Salud: cuando por falla del equipo fallece alguien o se agrava de como entro²¹.

Un concepto importante a tomar en cuenta es el de defecto latente, que es aquel que tiende a ser eliminado del control directo del operador. Cuando grandes sistemas fallan (como un Hospital) es debido a defectos latentes múltiples que aparecen juntos en una interacción imprevista (por ejemplo: instalaciones inadecuadas, un único acceso, ausencia de escaleras de emergencia, insuficiencia de extintores, mangueras y bombas de agua no funcionantes, errores de contratación del personal), creando una serie de acontecimientos en los cuales los defectos crecen y se desarrollan. La gente que trabaja en el sistema puede tener dificultad para prestar su atención en estos errores o defectos latentes. De hecho generalmente, estos errores se ocultan en el diseño de procedimientos

rutinarios, en la estructura o en la gestión de la organización²¹.

III. RESPONSABILIDAD DE LA GERENCIA MÉDICA Y LA CCSS

Es tomando en cuenta los aspectos analizados anteriormente: lo ocurrido antes, durante y después del incendio, la falta de preparación del Hospital ante una emergencia de tal magnitud y los aspectos legales comentados, que se puede analizar la responsabilidad que tiene cada uno de los participantes: la Caja Costarricense del Seguro Social y la Dirección Médica del Hospital Calderón Guardia.

Es responsabilidad de la Caja Costarricense del Seguro Social (como institución del Estado) ser garante de la salud de sus usuarios, y como se ha mencionado, debe vigilar que a sus usuarios no se les cause mayor daño, velando por una adecuada calidad de la atención y por la seguridad del paciente.

Como se ha mencionado, la responsabilidad objetiva sólo considera que se haya presentado un daño (no que haya culpa), por lo que, aunque se haya encontrado un responsable de haber iniciado el incendio, las acciones que se tomaron, mejor dicho, las acciones que NO se tomaron propiciaron que se causara un daño.

Queda establecido que en el Hospital Calderón Guardia no existían medidas adecuadas en caso de un incendio, medidas que están claramente establecidas en el Reglamento Técnico General sobre Seguridad Humana y Protección contra Incendios, publicado en La Gaceta del Lunes 17 de enero de 2005. En el informe presentado por el

Organismo de Investigación Judicial a la Fiscalía se indica que en el Hospital, en el momento del incendio, no había suficientes extintores, las mangueras y bombas de agua no funcionaron y no existían salidas de emergencia adecuadas. Al no existir esto, no se está velando por la seguridad de los pacientes. Fueron precisamente estos defectos latentes, los que facilitaron que el incendio se desarrollara con mayor facilidad de la que debió haber tenido y se causara un daño mayor.

Por lo tanto, en este incendio sí existe un daño (la muerte de 18 pacientes y tres enfermeras), un hecho que es el incendio en sí, y un nexo de causalidad, que es la falta de medidas de seguridad. Aunque el incendio no haya sido causado por el Director del Hospital Calderón Guardia o el Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense del Seguro Social y ya exista un sospechoso, sí existe responsabilidad de los dos primeros, ya que es la obligación de ambas instituciones (el Hospital Calderón Guardia y la C.C.S.S.) velar por la seguridad de los usuarios y la calidad de sus servicios. Existe una falla al no haber implementado las medidas de seguridad requeridas.

Si bien la dirección médica del Hospital Calderón Guardia está obligada a velar por la seguridad de los usuarios del hospital, depende de una institución más grande que es la que provee los recursos para realizar las mejoras necesarias. Una de las formas de la gerencia de velar por la seguridad de los pacientes es reportar

las deficiencias en el Hospital a instancias mayores y presionar por que éstas sean corregidas. Existen documentos enviados por la Gerencia Médica del Hospital hacia la Caja Costarricense del Seguro Social indicando estas deficiencias, que habían sido señaladas desde hace más de 10 años por el Cuerpo de Bomberos, pero aún así nunca ocurrieron las mejoras solicitadas por los dirigentes del Hospital. Más aún, en enero de 2005 ocurrió un pequeño incendio en la Biblioteca del Hospital, en el que se comprobó que los sistemas de seguridad eran ineficaces, pero aún así no ocurrieron las mejoras.

¿Quién es responsable entonces? ¿El sospechoso, la Caja Costarricense del Seguro Social o la Gerencia Médica y Administrativa del Hospital Calderón Guardia? Si se prueba que la persona arrestada inició el incendio, esta persona es responsable desde el punto de vista penal y también civil. La C.C.S.S también es responsable, desde el punto de vista de la responsabilidad objetiva (civil), por todo lo que se ha analizado. La Gerencia Médica y Administrativa del Hospital también pueden considerarse responsables desde el punto de vista de la responsabilidad objetiva, SIN EMBARGO, al estar ellos supeditados a otra institución más grande del Estado, la C.C.S.S., y al haber cumplido con su obligación de reportar las deficiencias ante los entes respectivos, no se les debe achacar toda la culpa y no se debe tener a estas personas como chivos expiatorios, aunque, a pesar de todo esto, no están exentos de la responsabilidad antes mencionada.

IV. RECOMENDACIONES

Las fallas en la atención y en los servicios de salud en general no siempre se pueden controlar, por lo que se debe dar un adecuado entrenamiento al personal y así prevenir a futuro lo que actualmente se escapa de las manos.

Realizar auditorías exhaustivas que desenmascaren cualquier situación anómala, en cuanto a medidas estandarizadas de planta física y medidas de seguridad, para así orientar de forma adecuada los recursos económicos y solventar estos problemas.

Se debe mejorar la comunicación dentro del personal de salud para así aclarar dudas, optimizar resultados y evitar accidentes en cualquiera de los ámbitos relacionados a la administración de salud.

Se debe seguir el ejemplo de otros países que ya han logrado solucionar o han avanzado en tratamiento de estos problemas, y así apoyarnos en la experiencia de los demás para mejorar nuestras prácticas.

V. REFERENCIAS

Loaiza, V. y Gólcher, R. Hospital Calderón Guardia ignoró advertencias sobre riesgo de incendio. La Nación. (San José, Costa Rica). 13 de julio, 2005.

Meza, I. Fuego mató a 19 en hospital. Diario Extra. (San José, Costa Rica). 13 jul 2005.

Herrera, B. y Avalos, A. Autoridades estiman que las pérdidas son por 20 millones de dólares. La Nación. (San José, Costa Rica). 13 de julio, 2005.

Vargas, O. y Gatgens, J. Identifican a 18 víctimas. La Nación. (San José, Costa Rica). 14 de julio, 2005.

Arguedas, C y Avalos, A. Creen que balastro en el quinto piso causó fuego. La Nación. (San José, Costa Rica). 13 de julio, 2005.

Zúñiga, H. Fuego se inició en la pantalla de radiografías. Diario Extra. (San José, Costa Rica). 13 de julio del 2005.

Arguedas, C. OIJ descarta que alguien provocara el incendio. La Nación. (San José, Costa Rica). 14 de julio, 2005.

Zúñiga, H. Confirman mano criminal en incendio del Calderón. Diario Extra (San José, Costa Rica), 8 de octubre, 2005.

Hernández, P. OIJ investiga enfermero como sospechoso del incendio. Diario Extra. (San José, Costa Rica). 19 de julio del 2005.

Saénz, G. ¡“Enfermero” quemó hospital!. Diario Extra. (San José, Costa Rica). 19 jul 2005.

Reglamento Técnico General sobre Seguridad Humana y Protección Contra Incendios.
Publicado en “La Gaceta”, 17/01/2005.

Oviedo, E. Ingenieros evalúan cambios en nuevas reglas contra incendios. La Nación (San José, Costa Rica), 17 de julio, 2005.

Briceño, C. Reglamentación en protección humana contra incendio: Legislación a fuego cruzado. La Nación (San José, Costa Rica), 8 de agosto, 2005.

Golcher, R. Mayoría de hospitales operan en condiciones críticas. La Nación (San José, Costa Rica), 24 de julio, 2005.

Ferrari, J. Hospitales de la Caja con seguros insuficientes. El Financiero (San José, Costa Rica), 18-24 de julio de 2005.

Blas, C. Responsabilidad profesional del Médico. J.M.Bosch Editor. Barcelona, España, 2003.

Couture, E. Vocabulario jurídico. Ediciones DePalma, Buenos Aires, Argentina, 1991.

Código Civil. Ley Número XXX de 19 de abril de 1885. Investigaciones Jurídicas S.A., San José, Costa Rica, 1998.

Rivero, J. Responsabilidad civil, tomo II. Ediciones Jurídicas Areté, Bogotá, Colombia, 2001.

Gray, B. Responsabilidad civil del médico. Bajado de: <http://www.lawyers-abogados.net/es/recursos/civil.htm>, el 22/09/2005, 6:38 p.m.

Flores, G. Como disminuir los accidentes en la atención de salud mediante calidad total, uso de computadoras y otras medidas. 2002. Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal; 8(1): 43-54.

Franco, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. 2005. Revista Colombia Médica; 36(2): 130-133.