

Reflexiones sobre errores y sucesos adversos

Ética del reconocimiento,
la reparación y la prevención

Grupo de Ética

Redactoras del documento

Noemí Amorós Parramon
Carme Batalla Martínez
Laia Riera Armengol
Marisa Rubio Montañés
Gemma Torrell Vallespin

Miembros del grupo de participantes en el debate sobre el documento

Ma José Fernández de Sanmamed Santos
Roser Marquet Palomer
Ramón Morera Castell
Eva Peguero Rodríguez
Rosario Pérez García
Albert Planes Magrinyà
Miquel Reguant Fosas
Àlex Serra Vázquez

Consultores para este documento

Montserrat Gens Barberà
Abel Novoa Jurado
Jesús Palacio Lapuente

Referentes

Carme Adalid
Lluís Balagué
Isabel Buezo
Eva Comín
Mentxu de Castro Vila
Carles Llor
Josep Luis Llor Vila
Carmen Prieto
Jesús Pujol
Aurora Rovira
Montserrat Soler
Pedro J. Subías Loren
Anna Vall-Ilosera
Rosa Vila
Francesca Zapater

Tanto los referentes como los consultores hacen aportaciones al borrador del documento, que se tienen en cuenta, pero el contenido final del documento es responsabilidad del Grupo de Ética, que es el autor.

La colección Reflexiones de la Práctica Cotidiana quiere ofrecer motivos de reflexión a los lectores (básicamente médicos de familia), que les ayuden a mejorar la vertiente ética de la atención que prestan a los ciudadanos. En ningún caso pretende establecer normas de actuación ni definir estrategias para que los profesionales eviten posibles problemas jurídicos. En cualquier caso, los miembros del Grupo de Ética entienden que una práctica éticamente correcta es, dentro de la incerteza de nuestra profesión, una buena herramienta, no solo para ejercerla mejor, sino también para prevenir problemas jurídicos.



ÍNDICE

1. Introducción	4
2. Real como la vida misma	6
3. Importancia	8
4. Marco legal	9
5. Marco deontológico	11
6. Marco ético	12
7. Cuestiones polémicas	17
8. Ideas clave	26
9. Consejos prácticos	27
10. Bibliografía	28
11. Anexos	31

1. INTRODUCCIÓN

Si cerráis la puerta a todos los errores, también la verdad se quedará fuera
Rabindranath Tagore

La finalidad de este documento es reflexionar, desde la perspectiva ética, sobre aspectos de la seguridad de los pacientes y de los sucesos adversos en atención primaria, siempre que no sean fruto de una conducta negligente, sino de la falibilidad humana y de los aspectos estructurales del sistema en que trabajamos. El objetivo es promover la aceptación del hecho que los sucesos adversos ocurren, e impulsar una reflexión sobre la necesidad de asumir la responsabilidad y estimular la comunicación y reparación de estos sucesos, así como el análisis de los factores que pueden haber influido en el suceso y también la elaboración de mecanismos para reducir la posibilidad de que se repitan.

Aunque las reflexiones pueden servir a otros profesionales, el documento se centra en la práctica de los médicos de familia. En el texto se habla de forma genérica del suceso adverso. En el anexo se pueden encontrar los diferentes términos que se utilizan en el ámbito técnico de la seguridad del paciente.

Los profesionales de la atención primaria trabajamos en un contexto de alta demanda de cuidados y con pacientes que tienen una gran heterogeneidad en los motivos de consulta, en los problemas de salud y en las características psicosociales. Se atiende a una población muy diferente de la atendida en el hospital. En muchos casos, los pacientes vienen a la consulta con síntomas y signos poco definidos, que corresponden a un amplio abanico de posibilidades diagnósticas que van desde procesos de poca gravedad hasta enfermedades graves, en las que el profesional debe utilizar las habilidades clínicas, de comunicación y de reflexión ética, y acompañar en el sufrimiento. Muchas de las personas que atendemos padecen enfermedades crónicas, pluripatología y comorbilidad. Algunas presentan una gran complejidad por problemas personales, psicológicos o psicosociales. Es por todo esto que nuestro ámbito, la atención primaria, se mueve en escenarios múltiples, muy diferentes, con diversos niveles de complejidad y con un alto grado de incerteza.

En este contexto, la longitudinalidad de los cuidados, el conocimiento del entorno del paciente, el estilo más deliberativo que caracteriza la atención primaria y la relación de confianza, nos permiten entender la complejidad, y compartir y reducir la incerteza previniendo los sucesos adversos¹.

A la complejidad de la labor en atención primaria hemos de añadir que en la sanidad pública se trabaja en el marco de una institución en la que muchos protocolos, circuitos, procesos, políticas de personal, etc. vienen impuestos y sobre los cuales los profesionales no tenemos control. Se sabe que muchas de las acciones inseguras y los consecuentes sucesos adversos se deben a ese entorno impuesto. Aun así, en el presente documento, como hacemos habitualmente, abordaremos el tema centrándonos en lo que puede hacer un/a médico/a de familia, incluida la reclamación de las mejoras pertinentes.

En la atención primaria, los sucesos adversos de carácter grave son más bien excepcionales. Pese a eso, debemos trabajar para reducirlos².

A veces los sucesos adversos no son consecuencia de una acción insegura (p. ej., el primer episodio de una alergia a un medicamento correctamente indicado). No obstante, hablar de sucesos adversos es hablar necesariamente de víctimas y se deben mencionar todas las que lo son potencialmente: la primera, la que sufre el daño; la segunda, el profesional involucrado, y la tercera, la institución.

El riesgo cero no existe. Aunque se minimicen las acciones inseguras y los sucesos adversos, debemos ser conscientes que continuarán existiendo. Debemos luchar para minimizarlos y establecer mecanismos para detectarlos y disminuirlos, tanto los profesionales como las instituciones. Se trata de conseguir, hasta donde sea posible, acciones seguras en sistemas seguros³.

En el imaginario colectivo se confunde el daño producido en la práctica clínica (suceso adverso) con la mala praxis (o negligencia médica). Para hablar de mala praxis (o negligencia) hace falta que haya intencionalidad (o absoluta dejadez) y responsabilidad individual. En el concepto de error se entiende implícitamente que alguien (individuo) tiene "culpa" (ha hecho algo mal hecho). Así, se incorporan al hecho en sí mismo dos aspectos, el de la culpa o dolo (intencionalidad) y el de la responsabilidad individual, cuando la realidad de la mayoría de los sucesos adversos es mucho más compleja. Hoy sabemos que los sucesos adversos suceden en el marco de factores contribuyentes, donde tiene lugar la acción insegura, y, a la vez, fallan las barreras y defensas que deberían haber sido capaces de evitarlos³. Es decir, el problema no es simplemente un "mal profesional", sino la seguridad insuficiente del conjunto del sistema (incluyendo las limitaciones humanas del profesional). Es preciso hacer un estudio exhaustivo del suceso adverso y de sus circunstancias para poder entender por qué se ha producido, identificar los fallos de seguridad activa y latente, personales y sistemáticos, e instaurar los mecanismos para evitar que se repita (ver anexo 2). Por todo ello, en este documento evitaremos hablar de error y no abordamos la mala praxis o la negligencia (que implicarían la intervención judicial claramente).

El reconocimiento de las circunstancias que han rodeado un suceso adverso, la comunicación de estas circunstancias a los afectados y la compensación por el daño producido, si es preciso, son la clave para restaurar la confianza en el sistema y, en el mejor de los casos, la relación asistencial.

En el análisis de lo acontecido y la detección de oportunidades de mejora deben participar los profesionales implicados en el suceso adverso y los pacientes que lo han padecido o los allegados. Su experiencia de primera mano es importante. Su participación sirve para reducir el impacto del suceso adverso en la primera víctima, el paciente, para evitar que el profesional se convierta en una segunda víctima por el impacto psicológico que haya tenido el suceso adverso en él y para disminuir el riesgo de que la organización, por una demanda o por la pérdida de prestigio, se convierta a su vez en la tercera víctima⁴.

2. REAL COMO LA VIDA MISMA

- Voy al domicilio de una paciente de 87 años por vómitos y disminución del nivel de conciencia desde hace unas horas. Tiene antecedentes de insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular; toma habitualmente digoxina, 1/2 comprimido/24 h y furosemida 40 mg, 3 comprimidos/24 h. Hace 4 días había estado en urgencias del hospital. En el informe de alta dice: "Digoxina 3 c/24 h y furosemida 1/2 c/24 h". La hija pensaba que lo habían cambiado intencionadamente y le ha administrado 3 comprimidos de digoxina cada 24 horas. Al darse cuenta del error, la hija se enfada mucho y pide responsabilidades. Me defiendo como puedo. No tengo culpa alguna y remito a la hija a quejarse al hospital donde la visitaron.
- Recibo a María en la consulta. Viene porque tiene una dorsalgia muy intensa de características inflamatorias y de inicio brusco, desde hace un mes. Inicialmente le mandé hacer una radiografía, donde a primera vista no vi ninguna lesión ósea. María pregunta: "¿Seguro? ¡Mire que me hace mucho daño!" El dolor persistió, la paciente fue a urgencias, le revisaron la radiografía, vieron que tenía una fractura vertebral y le aumentaron la analgesia. María está programada en la consulta de la tarde. Leo el informe de alta antes de que entre y siento un gran temor al recibirla porque me sabe mal haberme equivocado. No sé cómo decírselo y tengo miedo que deje de confiar en mí.
- Joan es médico de familia desde hace cinco años. Es una persona comprometida con su profesión y lleva un año cursando estudios para hacer un máster en urgencias. Se encuentra cansado, sobre todo en la consulta de la tarde. Un mal día llega a la consulta Montse, que padece diabetes, le explica que tiene dolor en el pecho desde hace 10 días y que está preocupada. Joan sabe que Montse es una mujer con problemas familiares (tiene un hijo separado, un marido enfermo y una sobrina a su cargo). Le explica que es algo de ansiedad y que tome diazepam. Esa noche ingresa de urgencias en el hospital por un infarto agudo de miocardio. Joan se entera de la situación y decide que ha de cambiar de trabajo: "Esta mujer podría haber muerto por mi culpa... no soy un buen médico".
- Mirella es una interina nueva en el CAP. Ha llegado en plena epidemia de la gripe. Buena parte de sus compañeros están de vacaciones agotando los días que les quedan del año anterior. Desde dirección se decide priorizar la atención de urgencias. Por ello, Mirella ha estado cuatro días en urgencias y ayer dobló, porque una compañera se había puesto enferma. Se siente cansada, pero es interina y quiere causar buena impresión en la dirección. Hoy, de nuevo, visita 50 pacientes... y a Antonia, que le ha dicho "dame lo que sea porque no aguanto más este dolor de garganta que tengo desde que me he resfriado... y el paracetamol no me lo quita". Le prescribe un antiinflamatorio sin tener en cuenta que tenía un filtrado glomerular (FG) de 40. En la analítica de control, al cabo de 3 semanas, Antonia tiene un FG de 25. Antonia se enfada y pone una reclamación a Mirella.
- Elena tiene 17 años. Desde que hizo el cambio de pediatría a adultos ha venido bastantes veces por patologías agudas y, con frecuencia, leves. Conozco a sus padres de siempre. Es una joven tímida, nerviosa y retraída. Consulta por dolor abdominal



inespecífico, cuando volvemos a la silla después de la mesa de exploración dice “me gustaría comentarle una cosa que me pasó hace 9 años”. Mientras dice esto, la noto nerviosa y se le humedecen los ojos. Me dispongo a escuchar... cuando suena el teléfono. Es mi directora. Me dice que los días que he solicitado de vacaciones no pueden ser, por problemas del equipo. “¿Cómo puede ser? ¡Siempre me toca a mí recibir porque soy interina!” Cuando cuelgo el teléfono, Elena me dice: “Como me has dicho que el dolor abdominal no era importante, ya me marchó”. Se levanta y sale. Entonces se me humedecen los ojos a mí.

3. IMPORTANCIA

Es en el marco de la atención sanitaria donde se protege y se tiene cuidado de la salud de los ciudadanos. El suceso adverso es una situación contraria a este objetivo. La atención sanitaria tiene riesgos inherentes, algunos evitables, otros inevitables.

La seguridad de los pacientes implica a los mismos pacientes, a los profesionales y a las instituciones y empresas. La manera de abordarla expresa el grado de madurez de las organizaciones y de sus trabajadores. El reconocimiento, la reparación y la prevención son los tres ejes entorno a los cuales gira nuestra reflexión.

Los sucesos adversos, además de perjudicar al paciente, también tienen efectos nocivos sobre el profesional implicado (segunda víctima) y sobre el sistema sanitario (tercera víctima). El médico que ha sido el causante directo de un suceso adverso grave puede sufrir un impacto psicológico de gravedad variable que le puede marcar de por vida⁵.

En nuestro contexto cultural la culpa es un concepto que va muy ligado al suceso adverso. Cómo elaboramos esta emoción es importante para el afrontamiento individual y colectivo de los incidentes que se producen en la práctica médica. La culpa genera dificultad para reconocer los sucesos adversos, promueve la negación de los mismos y la falta de honestidad por miedo a las consecuencias. El trabajo individual en la consulta, la variabilidad interprofesional y la falta de sistemática en las actuaciones, así como los cambios que se están produciendo en la arquitectura de la relación profesional-paciente y los nuevos paradigmas de falibilidad, son factores influyentes para el abordaje de los sucesos adversos.

Un equipo que acepta la existencia de sucesos adversos (y los evalúa), que promueve la atención longitudinal, el conocimiento del entorno, generando confianza, está previendo la aparición de sucesos adversos.

4. MARCO LEGAL

Los incidentes y sucesos adversos pueden tener repercusiones jurídicas en función de su gravedad y de las circunstancias que los rodean.

La salud es un bien tan valioso en nuestra sociedad que su protección tiene carácter de derecho fundamental. El derecho a la protección de la salud viene recogido en primer lugar en la Constitución y está desarrollado en la Ley 41/2002, que marca las normas de conducta en el desarrollo de la profesión médica.

La infracción de los deberes de conducta con resultado de daño, cuando son atribuibles a mala praxis, puede ser catalogada como delito de imprudencia según el Código Penal, Ley orgánica 1/2015, del 30 de marzo, que tipifica los castigos o penas en función de su gravedad (art. 142 y 152)⁶.

Aun así, no todos los resultados negativos de una actuación médica pueden ser considerados mala praxis ni ser atribuidos al profesional como responsable principal. Para considerar que una lesión es un delito de imprudencia se requiere la concurrencia de dos elementos básicos: la infracción del deber de cuidado y la previsibilidad.

En el marco de nuestra profesión, la infalibilidad no es exigible y la justicia reconoce la medicina como una ciencia por definición inexacta, como toda ciencia empírica y valorativa (p. ej., ante un mismo paciente con determinados síntomas, diferentes médicos pueden ofrecer un diagnóstico diferente, e incluso, ante un mismo diagnóstico, diferentes médicos pueden recomendar diferentes tratamientos).

Para considerar que hay delito de imprudencia es preciso:

- Una acción u omisión voluntaria no maliciosa.
- Una actuación reprochable, por falta de previsión de las consecuencias negativas previsibles, que sea prevenible y evitable.
- Una infracción del deber de cuidado (definido por las normas que rigen el saber hacer del acto médico o *lex artis*).
- Existencia de un daño objetivo: lesión o muerte.
- Existencia de un nexo de causalidad entre la infracción del deber de cuidado y el daño sobrevenido.

La imprudencia se puede catalogar como impericia o como negligencia en función de la gravedad en la omisión del deber de cuidado. Se habla de *impericia* cuando se detecta ineptitud o ignorancia de conocimientos elementales y básicos (sea por olvido, por falta de formación, por falta de práctica o por falta de actualización). Si la lesión es fruto del descuido, apatía y omisión de cualquier precaución o diligencia en los actos (p. ej., administrar penicilina a un paciente en cuya historia consta su alergia, con resultado de muerte por *shock*), se habla de *negligencia*⁷⁻⁹.

La responsabilidad de los médicos en el ejercicio profesional es de ámbito penal, civil y contencioso-administrativo.

La responsabilidad penal se puede castigar con pena de privación de libertad o inhabilitación, además de una sanción económica.

La responsabilidad civil implica reparar el daño e indemnizar los perjuicios causados en el acto médico cuando se demuestra vinculación causal entre la conducta del profesional y el daño.

La responsabilidad contencioso-administrativa es exigible a la administración sanitaria cuando el daño es atribuible a un funcionamiento defectuoso de los servicios públicos. En estos casos, la responsabilidad civil obliga a la administración, y no al médico, a reparar económicamente por el daño causado¹⁰.

La información adecuada al paciente no solo reduce el riesgo de litigios, sino que permite al paciente desarrollar su autonomía en el ámbito de la salud¹¹. En este sentido, tanto en Europa como en los Estados Unidos hay experiencias para mejorar la atención en caso de un suceso adverso. En Dinamarca, el sistema de salud prevé que ningún profesional sanitario pueda ser sometido a acciones disciplinarias como consecuencia de la notificación de un suceso adverso. Con esta finalidad se separan los sistemas de comunicación de sucesos adversos con fines educativa de los sistemas de reclamación judicial o ligada a compañías aseguradoras^{12,13}. Estos sistemas pueden constituir referencias imprescindibles para construir un modelo de seguridad del paciente.

5. MARCO DEONTOLÓGICO

En la deontología médica aparecen los principios de veracidad, transparencia, aceptación y corrección del error.

Los médicos aceptan ante la sociedad el desafío, el deber de ser veraces, de confesar sus errores, de pedir perdón por ellos y de insistir en evitar que puedan volver a ocurrir.

El código deontológico de forma expresa codifica conductas y situaciones que sean asumibles para la mayoría de los colegiados sin vulnerar la conciencia de nadie, ni violentar los fundamentos éticos que garanticen la convivencia colectiva, aunque inevitablemente se difiera en las opiniones y actitudes ante situaciones concretas.

Ni el código del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya ni el hasta ahora vigente de la Organización Médica Colegial (OMC) hablan específicamente del tema de la seguridad del paciente^{14,15}. Sin embargo, la OMC está trabajando en una actualización del código de deontología que incluya un capítulo dedicado exclusivamente a la seguridad del paciente. En él se establecerá como prioridad para el médico la seguridad del paciente. Esta prioridad debe manifestarse en la búsqueda permanente de la identificación y notificación de incidentes y sucesos adversos que tengan relación con su práctica personal, con las actuaciones de otros compañeros o con las estructuras de las organizaciones sanitarias. La información al paciente sobre los procedimientos diagnósticos o terapéuticos forma parte de los deberes profesionales en relación con la seguridad del paciente¹⁶.

6. MARCO ÉTICO

Abordaremos el análisis ético de los sucesos adversos desde la metodología de la ética de los principios y desde la ética de los valores.

Sucesos adversos y principios de la bioética

NO MALEFICENCIA

El principio de no maleficencia nos obliga a no hacer daño intencionadamente y a tener cuidado de la integridad personal. Pocas actuaciones sanitarias están libres de efectos adversos. Por eso, la valoración del daño se ha de relacionar con la globalidad de los efectos de una intervención. En este sentido, son maleficientes las acciones donde los daños son superiores a los beneficios previstos¹⁷.

La actitud crítica hacia las herramientas con las que nos dotan las instituciones es el motor de cambio. Nuestra lealtad con el paciente debe determinar qué uso hacemos de estas herramientas facilitadoras para que supongan un beneficio para él. A nivel personal, velar por la seguridad del paciente implica ser conscientes, por un lado, de nuestra competencia y mejorarla en aquellos aspectos en los cuales sea necesario y, por otro, de nuestro estado físico, emocional y psicológico para ejercer.

Los profesionales involucrados en un suceso adverso se convierten en víctimas, en el sentido de que quedan traumatizados por el suceso. Es frecuente que se crean responsables de lo que le ha sucedido al paciente. Muchos se sienten como si le hubieran fallado, cuestionando sus habilidades clínicas y conocimientos.

La ayuda efectiva a los profesionales involucrados mejora la seguridad de los pacientes porque aumenta las posibilidades de declaración de los sucesos adversos.

JUSTICIA

Ante un suceso adverso hay que reparar el daño. La reparación es necesaria para el paciente, para el médico y para la institución.

El tipo de reparación estará en función del tipo y grado del daño causado. En todos los casos se han de reconocer ante la víctima los hechos y las circunstancias que han ocasionado el suceso adverso. En algunas ocasiones, estas acciones serán suficientes para conseguir la reparación. En otras ocasiones, y más cuando el daño es grave, la legislación prevé en nuestro entorno que la reparación vaya acompañada de compensación económica (hecho que justifica los seguros de responsabilidad civil de los profesionales). Desde la perspectiva jurídica se debería buscar la forma de conciliar los derechos del paciente con la garantía de que el profesional sanitario no será objeto de responsabilidad como resultado de la expresión de disculpa¹⁰.

Las reuniones con familiares o pacientes después de un suceso adverso se han identificado, además, como una herramienta importante para reducir el impacto negativo del suceso en los médicos¹¹.

BENEFICENCIA

¿Cómo podemos hacer el bien una vez que hemos ocasionado un daño? Identificar de manera precoz un suceso adverso puede conducir a evitar un mal mayor. Los sucesos adversos comportan un impacto negativo en la salud que podrá ser resuelto con una nueva intervención (p. ej., el tratamiento de una reacción alérgica). Nunca se abandonará un paciente que presente un suceso adverso, sea por la causa que sea. Comunicar el daño, asumirlo y repararlo no son solo cuestión de justicia: impulsar la cultura de la reparación-compensación ayudará a recuperar la norma rota del sistema sanitario como sanador y, por tanto, de sanar-recuperar a todas las víctimas en la medida que se recupera y se facilita la confianza en el profesional y en el sistema sanitario¹⁸.

AUTONOMÍA

El paciente debe conocer las circunstancias que han rodeado el suceso adverso en su asistencia sanitaria para poder entender, perdonar y restablecer la confianza en su asistencia sanitaria y en la relación terapéutica con los profesionales afectados, si así lo desea. La comunicación de las circunstancias que han rodeado los hechos favorece el proceso¹⁵.

No obstante, como profesionales debemos ser conscientes que, aunque el perdón es una condición de posibilidad para la reconciliación y la restauración de la confianza, es un acto de amor que no se puede exigir ni esperar del paciente y que pertenece al ámbito de su autonomía*.

Sucesos adversos y valores éticos del médico de familia¹⁶

Dedicación. Debemos poner todo el interés en tener los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para el ejercicio.

La dedicación a la prevención de sucesos adversos comporta velar por ser capaces de mirar con autocrítica nuestra competencia profesional como médicos de familia. Incluye²⁰:

- Estar actualizado tanto en conocimientos como en habilidades.
- Reconocer aquellas áreas en las cuales hemos quedado desfasados o estamos insuficientemente formados.

* Ante un suceso adverso es habitual que se generen sentimientos de rabia y resentimiento por el daño sufrido. Superarlo es un proceso que nace del convencimiento que la persona es algo más que sus actos. Al perdonar se curan las heridas y la relación se transforma. El perdón no significa olvido. En la reconciliación hay un propósito de que aquello no vuelva a suceder nunca más, por eso debemos recordarlo. Aun así, también existe el propósito de volver a confiar en la institución, en el sistema y en los profesionales que se vieron afectados por la cadena de sucesos que desembocaron en el daño.

El perdón es una manifestación de humildad y de reconocimiento de la debilidad del ser humano. Quien ha recibido el daño, se puede reconocer en la vulnerabilidad del otro: alguien capaz de reconocer un error y de mostrar su falibilidad¹⁹.

- Responsabilizarnos de nuestra propia formación.
- Exigir a las instituciones que nos amparen y que nos proporcionen los medios suficientes para que podamos estar al día.
- Reconocer las situaciones en las cuales nuestro rendimiento no es ni óptimo ni mínimamente aceptable.

Algunas de estas situaciones dependen de nosotros; en otras son las instituciones las que tienen una parte importante de responsabilidad, y, aún en otras, la institución es la responsable²¹.

El cansancio después de 12 horas de trabajo, la acumulación de pacientes, con poco tiempo para cada uno de ellos, las condiciones precarias de la organización... son fuentes de acciones inseguras porque impiden que la atención del profesional se centre exclusivamente en el paciente.

Respeto. *Debemos dar a conocer a los pacientes la cadena de acciones que han llevado a un suceso adverso.*

El respeto en la gestión del suceso adverso implica respetar las decisiones del paciente una vez ha sido informado sobre "la cadena de acontecimientos" que han producido el daño. El paciente espera y merece conocer las circunstancias en que ha tenido lugar el suceso adverso y sus consecuencias, sean responsabilidad del médico, de la organización o, como es muy frecuente, de una acumulación de circunstancias.

Proximidad. *Debemos comunicar el suceso adverso con humildad, cortesía y sencillez.*

Implica la comunicación humilde y empática de los sucesos adversos. De esta manera favorecemos que el paciente nos vea más allá de la actuación insegura cometida. La comunicación con cortesía, inteligible y próxima nos hace humanos y facilita que la víctima comprenda, perdone y recupere la confianza²².

Después de un suceso adverso hay evidencia que decir simplemente "lo siento" al paciente o a los allegados mejora emocionalmente tanto al paciente como al profesional, además de evitar costosos pleitos a todas las partes implicadas²³.

Lealtad. *Debemos ofrecer un espacio para que los afectados puedan expresarse.*

Es precisa la comunicación de los hechos de manera inteligible, clara, en un ambiente cordial que facilite la expresión del sufrimiento por quien ha padecido el suceso adverso. Hay que dar tiempo para que puedan expresarse todas las partes afectadas, para que se puedan formular las dudas y obtener respuestas. Este proceso es básico para la restauración y debe incluir las medidas que se han puesto en funcionamiento para evitar que un suceso similar pueda volver a ocurrir.

Por lealtad al paciente, la comunicación debe realizarse lo antes posible, evitando que los diferentes profesionales implicados den información contradictoria y ofreciendo la opción de cambiar de médico responsable o de recibir tratamiento en otro centro si

el paciente así lo desea. Se garantizará en todo momento que el paciente no quede en situación de desamparo.

Prudencia. *Debemos actuar con la información adecuada, evitar acciones poco probadas, de utilidad o seguridad dudosa o que aporten más riesgo que beneficio.*

En la gestión de los sucesos adversos, el valor de la prudencia es de salvaguarda. La experiencia y la reflexión alrededor de situaciones similares nos ayudan a aplicar el conocimiento teórico a la práctica concreta. Es una tarea propia del profesional prudente valorar el contexto en que se aplica una medida, sea diagnóstica o terapéutica. La evaluación del entorno incluye aspectos como los contextos institucional, biológico, emocional y sociocultural del paciente.

En el caso de los miembros más jóvenes de nuestro colectivo, los residentes, esta experiencia es justo lo que les falta. La tutorización de los residentes es el aval que la sociedad pide como garantía para la seguridad del paciente. El tutor ha de supervisar teniendo en cuenta los conocimientos teóricos y la capacidad de ponerlos en práctica en los diferentes escenarios de la vida profesional. El residente debe saber identificar aquellas situaciones en las cuales la teoría que él conoce no se ajusta a la realidad que se le presenta. Cuando la realidad es diferente, compleja o los conocimientos y habilidades no se adaptan, es obligación del médico en formación solicitar ayuda y es obligación del tutor proporcionarla. También la supervisión es un deber del tutor, para minimizar las ocasiones en las cuales la dificultad de la asistencia supere las competencias del residente.

En la comunicación del suceso adverso debemos evitar la charlatanería en relación con otros compañeros afectados o con la organización sanitaria para la que trabajamos. No podemos olvidar que, cuando hablamos mal de otro compañero, comprometemos nuestra imagen, personal y colectiva, y la de todo el sistema sanitario.

Equidad. *Debemos tratar a todos con el mismo interés, haciendo un buen uso de los recursos de que disponemos para el conjunto de los ciudadanos.*

En la práctica hay grupos de población donde los errores se comenten con más probabilidad o en los cuales esconder los hechos es más fácil. Las desigualdades en salud tienen relación con la pobreza, la marginación social, la inmigración y otros problemas de índole social. Como médicos de familia tenemos la responsabilidad personal y profesional de luchar desde nuestro despacho y también desde nuestra posición en las organizaciones para minimizar las desigualdades en salud, sean de origen social o no.

Honradez. *Debemos explicar los hechos tal como sinceramente creemos que han sucedido.*

Ello implica el reconocimiento de las causas que han llevado al daño, tanto las personales como las relativas al entorno. Debemos ser veraces. Explicaremos los hechos tal como sinceramente creemos que han sucedido, incluso los condicionantes y las circunstancias que los han rodeado. Daremos toda la información necesaria para



que el paciente se pueda hacer una idea clara de lo que ha pasado. La información se acompañará de un espacio de reflexión y diálogo donde el paciente pueda expresar sus dudas y malestar.

Las reacciones de negación por parte de los profesionales implicados deben ser reconducidas hacia la madurez, dejando de lado los sentimientos de culpa y asumiendo la responsabilidad que corresponde. Hacerlo ayuda a evitar conductas inseguras, mejora la seguridad del paciente y la autoestima del profesional²⁴.

7. CUESTIONES POLÉMICAS

La vergüenza de confesar el primer error nos hace cometer muchos otros
Jean de la Fontaine (1621-1695)

El paciente tiene la sensación de haber sufrido un suceso adverso y este no ha existido

Las personas somos vulnerables, frágiles, y nuestra autonomía es interdependiente, abocada a confrontar con los demás nuestras percepciones y decisiones. Podemos decir, pues, que la actuación médica está condicionada y siempre se ha de contextualizar.

La percepción de haber sufrido un daño puede variar entre el paciente y el profesional. Es un buen momento para demostrar nuestra proximidad al paciente, escuchando de forma empática el motivo de su sentimiento de agravio y su malestar. El profesional ha de evaluar los hechos tal como los ha vivido el paciente y con todos los datos sobre el suceso que pueda encontrar. Analizados los hechos, si la conclusión es que no ha habido un suceso adverso, se ha de validar el sentimiento de malestar al mismo tiempo que lo reconducimos hacia una comprensión más adecuada de los hechos²⁵.

El paciente tiene la sensación de haber sufrido un suceso adverso y este sí que ha existido: ¿cómo se comunica?

Es en la relación asistencial donde tiene lugar un suceso adverso y la conciencia de este. Esta relación actúa como elemento de sostén (red de seguridad), aunque es frágil y puede tambalearse si ocurre un suceso adverso.

La comunicación del suceso adverso tiene que marcar el inicio del proceso de reparación, donde las personas implicadas (profesional, institución) podrán pedir disculpas y ofrecer la compensación necesaria, atendiendo al principio de justicia. Se debe ser receptivo con las necesidades expresadas por el paciente o la familia²⁶.

El suceso adverso se debe comunicar con el máximo de honestidad, comenzando por informar que ha habido acciones inseguras de manera proactiva. Se debe otorgar importancia a esta conversación, prepararla y destinarle tiempo. Describir el curso de los sucesos en un lenguaje comprensible: qué y por qué ha sucedido, expresar con claridad las consecuencias que tiene en la salud, mostrar empatía y expresar disculpas.

Comprobar que el paciente lo ha entendido. Y, por supuesto, escucharlo, contestar sus preguntas, ofrecerle apoyo e informar de las opciones de reparación disponibles en esta situación. Se deben acoger y acompañar las emociones del paciente y, sobre

todo, se debe evitar la confrontación. Es muy importante hacer un seguimiento de la situación y asegurar el acompañamiento ante esta nueva situación²⁷.

La comunicación de un daño comporta habitualmente una fuerte carga emocional, tanto para el paciente como para el profesional. El médico debe haber trabajado previamente sus emociones, identificando lo que está sintiendo y viviendo, para prepararse para la comunicación. Esta comunicación honesta puede generar, a la larga, vínculos de confianza nuevos y más fuertes entre el paciente y el médico, lo cual es benéfico.

Las instituciones y equipos directivos deben ayudar mediante el desarrollo de programas que actúen a corto, medio y largo plazo en el soporte a todas las víctimas de los sucesos adversos^{24,27}.

Cuándo hay una acción insegura que no llega a dañar, ¿se comunica al paciente?

Los casos en los cuales la acción insegura no llega a producir un daño son ideales para poner en práctica la teoría de la comunicación de los incidentes y puede ayudar a prevenir otros casos. No ha habido daño: el paciente no se siente ni traicionado ni resentido. Actuar en este momento puede servir para mostrarnos honestos, próximos, humildes, capaces de cometer errores, pero también de reconocerlos y compartirlos. Convertir la comunicación de las prácticas inseguras en un hábito nos dará experiencia para afrontar las situaciones en las que realmente se haya producido un daño. En muchas ocasiones, también puede aumentar la confianza del paciente, al percibir nuestra honestidad y humanidad.

Cuando hay una acción insegura que ocasiona daño al paciente, pero que este no reconoce como un suceso adverso, ¿debe explicarse siempre al paciente? ¿Hay límites en la comunicación?

En los procesos de comunicación de un suceso adverso, la prudencia debe orientarnos en cómo, cuándo y con qué palabras debemos dirigirnos al paciente. Cuando este no es aún consciente de que se encuentra ante un suceso adverso, debemos ser más cuidadosos. Ser los primeros en sincerarnos y evitar que sean terceras personas las que adviertan de algo que no ha ido como se esperaba nos coloca en una situación ventajosa. No obstante, como se trata de dar una mala noticia, debemos ser particularmente delicados en las formas. Debemos estar atentos a la necesidad de información del paciente y al proceso de comprensión paulatina. Se deben escoger las palabras en un momento de gran impacto emocional para evitar yatrogenia comunicativa, con la consecuente pérdida de confianza y el malestar del paciente.

La comunicación se debe realizar desde el respeto total por las víctimas segunda y tercera.

Cuando el paciente pide/exige una actuación que creemos insegura, una prueba o un tratamiento inadecuados o con un perfil riesgo/beneficio negativo

Acceder a una prueba no indicada aumenta el riesgo de reacciones adversas. Tenemos la obligación de evaluar la pertinencia de cada prestación sanitaria. Cuando la petición de un paciente no está justificada y se desvía de la necesidad sanitaria y de la evidencia científica, tenemos la obligación de rechazarla de forma adecuada y firme. Las solicitudes de actos de complacencia son contrarias a la deontología médica y pueden resultar nocivas para el paciente. Debemos saber decir “no”¹⁶.

¿Hay pacientes con los que es más fácil “equivocarse”?

Los pacientes muy demandantes, los agresivos, los pasivo-agresivos, las personas con trastornos psiquiátricos y otros que “nos molestan” en la consulta tienen más posibilidades de padecer un suceso adverso.

Por honestidad debemos reconocer nuestros prejuicios. Por respeto debemos superarlos. Por equidad debemos ser imparciales con los problemas de nuestros pacientes. Por lealtad debemos darles el espacio que necesitan.

Ser un profesional no significa no tener prejuicios, sino enfrentarnos a ellos y procurar que no nos molesten.

Nos damos cuenta de un suceso adverso donde está implicado un compañero. Si el médico implicado no lo quiere comunicar, ¿qué hay que hacer?

En la situación de una acción insegura de un compañero es la institución quien debería de tener un procedimiento de cómo se hace la comunicación. Lo más natural sería comentarlo con el profesional que ha estado implicado en la acción insegura que ha provocado el daño y planificar de qué manera se debe comunicar. Hay, sin embargo, unas barreras que dificultan esta práctica: el miedo a cómo reaccionará el compañero o a ser considerado desleal por el equipo, o un sentido erróneo de “solidaridad entre profesionales”. Se debe tener en cuenta que comunicar el suceso adverso al paciente sin que lo sepa el médico implicado puede ser desleal con el compañero. Si alguien nos pide la opinión, lo correcto es pedir disculpas por los hechos y hablar con los profesionales implicados para que sean ellos los que puedan dar las soluciones pertinentes. Tradicionalmente, la respuesta ante un error es ocultarlo. Como compañeros es importante dar soporte emocional para superar el malestar y centrarnos en entender el proceso que ha acabado en un suceso adverso. De esta manera ayudamos a gestionar las emociones ante el suceso adverso y facilitamos que no ocurra de nuevo.

Si el médico implicado no quiere comunicar el suceso adverso, nos encontramos en un conflicto de lealtades entre el compañero que no lo quiere comunicar y el

paciente que tiene derecho a conocer lo ocurrido para afrontar las consecuencias. Cada situación es diferente, pero en términos generales prevalece la lealtad hacia el paciente. Debe hablarse con la institución para hacer prevalecer el derecho del paciente a disponer de la información sobre el suceso adverso que ha vivido.

Cuando hay un médico residente en formación implicado

Podría ser adecuado que la comunicación del suceso adverso al paciente la realicen el médico tutor y el médico residente juntos, después de hacer un análisis de cómo y por qué se ha producido el daño, ver de qué manera se habría podido evitar y preparar la comunicación al paciente. Constituye una oportunidad importante de aprendizaje para el médico en formación, al tiempo que se debe garantizar que la comunicación y el seguimiento se hacen en las mejores condiciones y que estas son lo más respetuosas posible con el paciente. Por otra parte, el tutor se debería de preocupar también de valorar como se podrán evitar las recurrencias, aun sabiendo que ambos, tutor y residente, son falibles.

La principal fuente de aprendizaje de la ética viene de reconocer y estudiar los conflictos y las acciones inseguras que se realizan. Esta tarea deberá ser llevada a cabo por todos los médicos, y fundamentalmente por los que son tutores. El tutor debe dar ejemplo y, si se equivoca, reconocerlo y comunicarlo al paciente, ya que el ejemplo y el modelo son muy importantes en el aprendizaje.

Es bueno que la docencia se impregne de los valores de honestidad y respeto a la autonomía del paciente, siempre presentes en la comunicación de un daño. El reconocimiento y análisis del suceso adverso contribuyen a que no se repita en otro caso, atendiendo al principio de no maleficencia.

Se percibe un suceso adverso donde están implicadas diferentes instituciones y varios profesionales

El trabajo en entornos institucionales donde el profesional forma parte de un equipo asistencial tiene el peligro de la dilución de la responsabilidad individual.

La deontología deja claro que eso no debería ser así. Además, nos obliga a mejorar la calidad asistencial de la institución en la que se trabaja. Cuando se detecta una deficiencia, haya sido causa de daño o no, tenemos la obligación de ponerlo en conocimiento de la dirección y, cuando esto no sirve, de las entidades médicas corporativas o autoridades sanitarias¹⁴⁻¹⁶.

Si la longitudinalidad de la atención genera confianza y hace más fácil entender la complejidad contextual, la fragmentación de la atención, la precariedad de los contratos y la rotación de los profesionales encargados son factores de riesgo de aparición de sucesos adversos. Como profesionales tenemos la obligación de reivindicar mejoras que hagan posible una estabilidad en la atención a los pacientes.

Una institución que tenga la calidad asistencial como valor tiene conciencia que los incidentes se generan por múltiples causas y pone a disposición de sus trabajadores herramientas para comunicarlos. La comunicación del suceso adverso es la mejor manera de buscar una solución. Es nuestra obligación utilizar estas herramientas cuando se ponen a nuestro alcance. Cuando sea posible y si estamos capacitados para ello, debemos colaborar en los mecanismos de mejora.

Si de la deficiencia se deriva un daño, el paciente debe recibir una explicación clara de la implicación del sistema en el suceso y de las medidas que se han puesto en funcionamiento para arreglarlo.

¿Quién comunica lo que ha pasado? ¿Quién se responsabiliza? ¿Quién hace la reparación?

Idealmente, el suceso adverso debería comunicarlo el médico que se ha visto implicado, que es quien conoce mejor las circunstancias que han conducido a él y puede ofrecer una reparación moral más directa. Por eso, es importante que todo el personal esté formado en la comunicación de los sucesos adversos, o que exista un equipo de soporte para la comunicación. Este equipo puede ayudar a desfocalizar el sentimiento de culpa y a neutralizar una posible agresividad hacia el profesional.

En un sistema sanitario como el nuestro, hoy por hoy, donde el paciente es atendido por un equipo multidisciplinar, con diferentes niveles de atención, donde los profesionales que le atienden con frecuencia nos son los mismos, el análisis del suceso adverso y la búsqueda de responsabilidades pueden ser difíciles de realizar, y mucho más decidir quién será la persona más adecuada para comunicar el suceso adverso al paciente.

Se necesitaría una comunicación fluida entre los profesionales sobre el suceso adverso para poder elaborar un relato único que se pueda explicar al paciente. Un ambiente de transparencia y sin miedo a las consecuencias legales (cultura de seguridad) favorecería este trabajo en equipo para poder analizar y reparar el daño. En caso de duda sobre quien lo debe transmitir, podría ser el médico que más conoce el paciente y que le acompañará en el camino con las consecuencias del daño sufrido.

En el contexto sanitario actual, la responsabilidad se diluye, dado que la responsabilidad de todos acaba siendo la responsabilidad de nadie. No obstante, el sistema no tiene responsabilidad moral, sino que esta corresponde a las personas que lo componen.

Y hay que preguntarse si la responsabilidad es colectiva o individual. Primero hay que definir quién forma el grupo, y qué responsabilidad tiene cada uno de sus miembros. La responsabilidad moral pasa siempre por el individuo y sus decisiones, lo que implica que la responsabilidad del grupo es la suma de la responsabilidad de los individuos, cada uno dentro de sus posibilidades, es decir, de su capacidad y su eficacia.

Me imponen algo que es potencialmente peligroso para el paciente (gestión de la agenda, trabajar muchas horas, poco tiempo por paciente...)

Con frecuencia las instituciones implementan sistemas o herramientas de trabajo más orientadas a la evaluación de objetivos de procesos que a la atención centrada en la persona. Aspectos como la imprevisibilidad del tiempo que necesita un paciente o el cansancio acumulado en la jornada laboral son difíciles de plasmar en las agendas.

Reconocer las perversiones generadas por los responsables en la programación de nuestra agenda es un deber ineludible. No podemos escudarnos en una relación subordinada a la autoridad (sumisión) para trabajar de forma poco segura.

¿Cómo se puede cuidar a la segunda víctima? ¿Cómo actuar cuando el profesional se siente culpable?

Los sucesos adversos no son inocuos para el profesional. Este puede desarrollar sentimientos de ansiedad, de culpa, dudas sobre cómo informar al paciente, a los compañeros y a los jefes, dudas sobre la propia valía como médico e inseguridades. También puede tener miedo de las consecuencias legales y del desprestigio entre los compañeros y en la institución. Todo ello puede influir en su manera de trabajar y de valorar las situaciones clínicas de otros pacientes, incluso desarrollando una medicina más defensiva, solicitando más pruebas para vencer las inseguridades, etc. A veces, incluso, un profesional que ha sido segunda víctima puede decidir abandonar la profesión²⁸.

Quien se ha visto implicado en un suceso adverso, como actor, tiene el deber de responder ante quien ha padecido el daño y también ante el resto de la sociedad, con la que ha roto la norma. No solo se hace responsable, sino que también se siente responsable. El sentimiento de responsabilidad nos coloca ante la vulnerabilidad, genera preocupación al sentirnos causantes del daño producido y mueve, como sentimiento, su vertiente racional, para que busque las maneras más eficaces de reparar o evitar el mal²⁹.

En los primeros momentos, los compañeros y las instituciones pueden ayudar a superar el malestar proporcionando apoyo emocional. Además, el problema se puede afrontar centrándose en el error, intentando entenderlo y aprendiendo a gestionar las emociones. Las reuniones con familiares o pacientes se han identificado como una herramienta importante para reducir el impacto negativo de un suceso adverso en los médicos²⁷.

Las instituciones pueden ayudar desarrollando estrategias y programas de apoyo después de la aparición de un incidente, facilitando la realización de sesiones estructuradas de análisis retrospectivo y con profesionales reconocidos y de prestigio que hablen de sus errores y de sus sentimientos, y promover, así, la empatía dentro del equipo^{12,13}.

Aceptarse a sí mismo comporta vencer el miedo de que el incidente se vuelva a repetir, porque uno se sabe falible y debe desarrollar mecanismos de superación personal y aprendizaje para continuar. La falibilidad no lo paralizará no por ser infalible, sino por ser consciente de su propia falibilidad. La propia falibilidad sirve de motor para poner medidas preventivas y redes de seguridad que nos ayuden a prevenir sucesos adversos.

¿Cómo continuar acompañando al paciente si no acepta la reparación? ¿Y si nos lleva a juicio? ¿Se debe reparar siempre?

Perdonar es una transformación. El resultado final del perdón es que desaparezca el sentimiento de culpa sin hacer desaparecer el pasado. Abre un espacio para redefinir las relaciones sociales entre las víctimas y la comunidad²².

La reconciliación es una condición para la convivencia. Su punto de partida es el derecho a conocer la verdad de quien ha sufrido el daño y el deber de quien se hace responsable de transmitir esa verdad.

Aun así, el perdón no es exigible¹⁹. Cuando el proceso asistencial deriva en un daño, en la mejor de las situaciones, la comunicación y la reparación incluyen la recuperación de la confianza, y la relación asistencial podrá mantener el vínculo. En otros casos, aunque se realicen adecuadamente los procesos de comunicación y reparación, el paciente puede sentir que el vínculo de confianza se ha roto irreversiblemente. En estos casos se debe procurar un nuevo profesional de referencia para el paciente e intentar recuperarlo al menos para el sistema. En cualquier caso, la reparación es ineludible. Debe abarcar todos los aspectos que hayan podido resultar damnificados: psicológicos, sociales, económicos o emocionales.

Actitud ante la tercera víctima

Las instituciones sanitarias nacen del deseo social de proteger un bien tan preciado como es la salud. Su estructura está pensada para promover y proteger este bien, pese a que, en ocasiones, no lo consiguen.

Las organizaciones se pueden ver afectadas por las acciones inseguras y los daños provocados por las personas que las constituyen, y que ocasionan en la población una disminución de la confianza en su capacidad de cuidado. Es en este sentido que las organizaciones se consideran terceras víctimas.

Es preciso que la comunicación de los daños se haga desde respeto hacia las instituciones, ya que trabajan por la salud, son benéficas y promueven la equidad entre las personas, un bien superior, al nivel de la justicia social.

Es necesario que dentro de las instituciones haya programas de soporte y prevención para las víctimas segundas y terceras, porque, mientras no cambie la cultura de seguridad en nuestro entorno, seguirán padeciendo las consecuencias de la

judicialización y las ideas de culpa y de castigo que rodean los sucesos adversos ocurridos en el marco de la atención sanitaria.

La respuesta de la institución al suceso adverso para no resultar desprestigiada debería incluir el aseguramiento de la continuidad en la asistencia del paciente, la elaboración de un plan terapéutico para mitigar los daños, su presencia como parte implicada en la comunicación al paciente y a los familiares, dar soporte y sustituir a los profesionales sanitarios si es necesario, y favorecer la investigación y el análisis de los sucesos.

La institución debe de velar para evitar que se repitan los sucesos adversos. Debería proporcionar los espacios necesarios para fomentar la reflexión y el aprendizaje a partir de su análisis y la formación en seguridad del paciente de los profesionales que formen parte de ella. Asimismo, debería asegurar que los aspectos relacionados con el funcionamiento de la institución que han contribuido a la aparición del suceso adverso sean reparados. En la responsabilidad de la institución se enmarca el principio de justicia.

¿Cómo podemos trabajar para prevenir los sucesos adversos?

Por justicia se debe estudiar exhaustivamente el suceso y sus circunstancias, para poder entender por qué se ha producido y poner los mecanismos para evitar que se repita.

En el entorno sanitario las conversaciones sobre sucesos adversos son prácticamente inexistentes, así como las sesiones clínicas a partir de las acciones inseguras y los daños producidos en el equipo. Aun sabiendo que las acciones inseguras son una constante en nuestra práctica, no hablamos de ellas y, si lo hacemos, con frecuencia es justificándonos o sintiéndonos culpables.

Compartir los incidentes tiene sentido tanto desde el punto de vista de prevenir la repetición de las acciones inseguras (no maleficencia), como para poder recibir acompañamiento emocional en caso de que el suceso adverso haya conmovido al profesional implicado.

Este proceso es una inversión de futuro en todos los sentidos. Crea vínculo con los compañeros y nos permite ser más honestos con nosotros mismos, aceptando nuestra vulnerabilidad como profesionales y personas.

¿Qué debemos hacer cuando la institución es desleal con nosotros?

Frecuentemente las instituciones no tienen en cuenta la idiosincrasia de nuestra tarea; niegan el suceso adverso o, cuando esto no es posible, adoptan actitudes punitivas hacia el profesional. Esto contribuye a hacer que las acciones inseguras y daños sean silenciados, por el miedo a las consecuencias.

Las actitudes de castigo frente a los profesionales no evitan que los sucesos adversos se vuelvan a producir si se repiten las mismas circunstancias. Por la seguridad del paciente, el bien de la segunda víctima y la protección de la institución, es deber de todos instar y asegurar que se hagan análisis sistemáticos de los mecanismos favorecedores y de todas las barreras que no funcionaron en la prevención del daño, para entender por qué sucedió. En ausencia de negligencia, el inicio de procesos judiciales contra los profesionales sanitarios es contraproducente porque favorece el miedo y la no comunicación de sucesos adversos.

Es necesaria la creación de programas de apoyo a los profesionales sanitarios en relación con los sucesos adversos¹³. La posibilidad que los profesionales involucrados puedan compartir experiencias, en un entorno de ayuda y confidencialidad, puede facilitar el debate abierto, mejorar la gestión de las emociones, preparar al profesional para la comunicación y mejorar la seguridad del paciente. Los programas deberían incluir la realización de sesiones clínicas estructuradas de análisis retrospectivo de los sucesos adversos, hayan provocado daño o no, y la participación de profesionales reconocidos y de prestigio que hablen de sus errores y los sentimientos que les provocaron.

8. IDEAS CLAVE

- Es inevitable que existan sucesos adversos. Existen y continuarán existiendo. Es preciso un trabajo de comunicación y de difusión de esta realidad ante imágenes mediáticas de infalibilidad.
- Los sucesos adversos no son voluntarios y son multicausales. En la producción de daño intervienen tanto los factores contribuyentes como las acciones inseguras, los fallos del sistema y los fallos de los mecanismos de defensa.
- Debemos ser conscientes que, aunque no sea voluntariamente, como humanos también nos equivocamos.
- Es imprescindible una fuerte voluntad de evitar los sucesos adversos y una apuesta por la seguridad de los pacientes con las herramientas adecuadas. Esto comporta establecer mecanismos para detectar los incidentes y apostar por el análisis minucioso y sistemático con la finalidad de aprender, mejorar y prevenirlos.
- Analizar los daños es estudiar la “cadena de sucesos” que se ha producido para llegar al suceso adverso. El análisis es complejo y las responsabilidades son siempre compartidas.
- Cuando se produce un daño, y aún más si es el resultado de una acción insegura, el reconocimiento y la reparación del daño infligido son un deber.
- Las organizaciones sanitarias deberían establecer protocolos ágiles y procedimientos normalizados de análisis y reparación de los daños producidos en el marco de la atención médica, al margen de los juzgados, para facilitar su visibilidad.
- El reconocimiento de las circunstancias que han rodeado un suceso adverso, la comunicación de las mismas a los afectados y la compensación por el daño si es preciso son claves para restaurar la confianza en el sistema.
- Es precisa la sensibilización y es un paso adelante que los profesionales expliquen los sucesos adversos. Se requiere “un ambiente de aprendizaje de la seguridad” y buenos modelos en los equipos humanos, que expliquen, analicen y expongan sus acciones inseguras y los posibles daños producidos.
- Asimismo deben establecerse estrategias para dar soporte a la segunda víctima, que es la persona que es o se siente responsable del suceso adverso.
- Debemos ser críticos con las instituciones donde trabajamos para evitar condiciones de trabajo inseguras.
- Debemos reclamar cambios legislativos (como ya tienen otros países) para que la declaración de sucesos adversos quede blindada dentro del sistema sanitario y no genere intervención judicial.



9. CONSEJOS PRÁCTICOS

- Sé consciente que humanamente es imposible evitar la aparición de un suceso adverso y que, a pesar de todos los esfuerzos, te pasará en algún momento.
- Sé diligente en la identificación de los incidentes.
- Acostúmbrate a decir “siento lo que te ha pasado”. Debemos disculparnos y responsabilizarnos del daño que ha recibido un paciente tanto si somos responsables como si no.
- Explica al paciente afectado o a los allegados los hechos tal y como sinceramente crees que han sucedido.
- Cuando se produce un suceso adverso se debe analizar y afrontar todo lo que dependa de nosotros y comunicar a los otros niveles lo que dependa de ellos.
- Utiliza las herramientas de notificación de las acciones inseguras y de los incidentes.
- Participa y promueve sesiones de incidentes en el seno de los equipos.
- Evita hacer juicios sobre lo que han hecho los compañeros implicados en incidentes. No culpabilices, analiza.
- Aprovecha todos los sucesos que pasen para aprender.
- Exige a la dirección del centro receptividad e implicación no culpabilizadora en el abordaje de los sucesos adversos.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Astier-Peña MP, Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas SG. Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. *Aten Primaria*; 2016;48(1):3-7. [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prioridades-seguridad-del-paciente-atencion-S0212656715002474>
2. Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America. Institute Of Medicine. 2000. National Academy of Sciences. [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf
4. O'Connor E, Coates HM, Yardley IR, Wu AW. Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *Int J Qual Health Care*. 2010 Oct; 22 (5):371-9. [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <https://academic.oup.com/intqhc/article/22/5/371/1787466>
5. Col·legi de Metges de Barcelona. #Iatrogènia (I): Quan el metge és la segona víctima. 15 mayo 2018. En: El blog del teu col·legi professional [Internet, blog.] [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <https://blogcomb.cat/2018/05/15/iatrogenia-quan-el-metge-es-la-segona-victima/>
6. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado nº 281. [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10/con>
7. Álvarez Peña O. Consideraciones sobre la imprudencia profesional (médica). *Revista de Jurisprudencia* [Internet.] 2014 [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <https://elderecho.com/consideraciones-sobre-la-imprudencia-profesional-medica>
8. Vera Carrasco O. Aspectos éticos y legales en el acto médico. *Rev Med La paz* 2013; 19(2). [Consultado: el 25 de enero de 2019.] Disponible en: <http://www.boliviarevista.com/index.php/lapaz/article/view/1556/1556>
9. Haba García E. Error de tipo. [Internet] *Derecho Penal* 2014 [Consultado: 25 de enero de 2019.] Disponible en: <https://www.infoderechopenal.es/2012/11/error-de-tipo.html>
10. Bruguera M, Arimany J, Bruguera R, Bargería E, Ferrer F, Sala J et al. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. *Rev Clin Esp*. 2012;212(4):198-205. [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es-guia-prevenir-las-reclamaciones-por-articulo-S0014256512000550>
11. Sharpe A. Promoting Patient Safety: An Ethical Basis for Policy Deliberation. *Hastings Center Report Special Supplement* 33, No. 5 (2003), S1-20. [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: http://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/patient_safety.pdf
12. Romeo Casabona CM, Urrueta Mora A, Libano Beristain A. Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud. Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2007/SistemaNotificacionRegistroPrimerInforme.pdf>
13. Romeo Casabona CM, Urrueta Mora A. El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales. Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Establecimiento_Sistema_Nacional_Notificacion.pdf

14. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Codi de Deontologia. 1997. [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: https://www.comb.cat/cat/collegi/docs/codi_deontologic.pdf
15. Código deontológico de la Organización Médica Colegial (OMC). Organización Médica Colegial. Profesión médica. Profesional médico-co. Profesionalismo médico. [Internet.] Madrid: OMC, 2010. [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: https://www.cgcom.es/codigo_deontologico/files/assets/basic-html/page-1.html
16. Organización Médica Colegial (OMC). Código Deontológico. De próxima aparición. [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <https://statics-diariomedico.uecdn.es/cms/2018/11/Codigo-deontologico.pdf>
17. Cortesí MC. Del error médico a la mala praxis, entre mitos y realidades. Bioética&debat. [Internet.] 2007. [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <http://www.bioetica-debat.org/modules/news/article.php?storyid=167>
18. Moure González E. ¿Comunicar el error médico o esconderlo? A propósito de las memorias de Henry Marsh. Cuadernos de bioética 2017 (3):317-27. [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2017/28/94/317.pdf>
19. Roman Maestre B. Sobre el perdón y reconciliación: algunas reflexiones desde la ética. Temas de psicoanálisis 2014, 7. [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <http://www.temasdepsicoanalisis.org/2014/01/20/sobre-perdon-y-reconciliacion-algunas-reflexiones-desde-la-etica/>
20. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. El Compromís com a metge/essa de família. [Internet.] [Citado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <http://www.camfic.cat/Cercador.aspx?b=compromis>
21. Loayssa Lara J, Ruiz Moral R, García Campayo J. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (malvados) con sus pacientes? Aten Primaria. 2009; 41(11):646-9. [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-por-que-algunos-medicos-se-S0212656709001966>
22. Fricke, C. (2015). Lo que no podemos hacernos el uno al otro. Sobre el perdón y la vulnerabilidad moral. Universitas Philosophica, 32(64), 125-152. [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uph32-64.uopv>
23. World Health Organisation. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo, enero de 2009. 2009. Enero 2009 [Consultado: 29 de enero 2019.] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
24. Grupo de Seguridad del Paciente de SEMFYC. Sano y Salvo. Blog de seguridad del paciente en atención primaria. [Internet.] En: Facilitando la cultura de seguridad del paciente: propuestas legislativas a nivel internacional. Ponencia de Pilar Astier, coordinadora del GdT de Seguridad del paciente, en el XXXVIII Congreso de semfyc; 11 de mayo de 2018. [Citado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <https://sano-y-salvo.blogspot.com/search/label/Efecto%20adverso>
25. Roman B. Palabras y discursos envenenadores. [Internet.] Barcelona: colección documentos de la carta de la paz; 2017 [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <http://www.solidaries.org/centre-de-recursos/palabras-y-discursos-envenenadores-12207/>
26. Schnitzler E. Errar es humano, ser veraz y pedir perdón también. ITAES 2014 (17) 2 10-15. [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <https://www.itaes.org.ar/Documentos/ITAES-2-2014-actualidad.pdf>
27. Grupo de Seguridad del Paciente de SEMFYC. Sano y Salvo. Blog de seguridad del paciente en atención primaria. [Internet.] Segundas víctimas. Una revisión sistemática imprescindible. [Citado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <http://sano-y-salvo.blogspot.com/2012/11/segundas-victimas-una-revision.html>



28. Torijano-Casalengua ML, Astier-Peña P, Mira-Solves JJ. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. *Aten Primaria*.2016;48(3):143-6. [Citado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-impacto-que-tienen-los-S0212656716300105>
29. Herrera Romero W. El perdón y la ética del discurso. *Est Socio-juríd*. 2005; 7:250-302. [Consultado: 29 de enero de 2019.] Disponible en: <https://revistas.uosario.edu.co/index.php/sociojuridicos/article/view/470>

11. ANEXOS

Anexo 1. Definiciones

La **seguridad de los pacientes**, según la OMS, es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable que hace referencia a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en que se presta la atención, ponderando ante el riesgo de no dispensar un tratamiento o de dispensar otro. Es una condición imprescindible de la calidad asistencial.

El **riesgo asistencial** es cualquier situación no deseable o factor que puede contribuir a aumentar la probabilidad que se produzca daño, que esté relacionado con la atención sanitaria recibida y que pueda tener consecuencias negativas para los pacientes.

Incidente es el suceso o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

Se calcula que por cada suceso adverso grave, o caso centinela, se producen 29 sucesos adversos menores y 300 incidentes sin lesión (Heinreich HW. Industrial Accident Prevention. Nova York i Londres, McGraw-Hill Book Company, Inc., 1941.)

CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES

1. No llegan al paciente

Circunstancia notificable. Situación con gran capacidad de causar daño, pero en la que no se produce ningún incidente. (P. ej., en una revisión de la consulta de urgencias se detecta que no funciona el desfibrilador.)

Casiincidente. Incidente que no llega al paciente (P. ej., paciente hipertenso que recibe el alta del hospital después de prótesis de rodilla sin medicación para la hipertensión; lo detecta el familiar y toma la medicación correctamente, como antes del ingreso.)

2. Llegan al paciente

Incidente sin daño. Incidente que llega al paciente, pero no causa ningún daño apreciable. (P. ej., paciente hipertenso que recibe el alta del hospital después de una prótesis de rodilla sin medicación para la hipertensión; a los dos días acude al médico de familia, que lo detecta y reinicia la medicación correctamente, como antes del ingreso y sin consecuencias.)

Incidente con daño. Incidente que produce daño al paciente. Se denomina *suceso adverso*. (P. ej., paciente hipertenso que recibe el alta hospitalaria después de una prótesis de rodilla sin medicación para la hipertensión. A los cuatro días del alta ingresa de nuevo por un accidente cerebrovascular con hemiparesia y tensión arterial de 200/110.)

Daño. Deterioro derivado de planes o medidas adoptadas durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a esta. No lo causa una enfermedad o lesión subyacente. Hay diferentes grados de afectación en un daño.

Grados de afectación en un daño

Ningún daño o insignificante. Incidente que no provocó daño al paciente.

Daño leve. Incidente que requiere observación adicional o tratamiento menor y que produciría un daño mínimo al paciente.

Daño moderado. Incidente que requiere un aumento del tratamiento (puede incluir nueva cirugía, ingreso imprevisto, tiempo adicional en el hospital, traslado a la UCI...)

Daño grave. Incidente que produce daño permanente con disminución de funciones corporales, sensoriales, motoras, psicológicas o intelectuales.

Muerte (catastrófico). Incidente que provoca la muerte, no por la evolución natural de la enfermedad o la condición del paciente, sino por el incidente.

Caso centinela. Todo suceso adverso que haya derivado en la muerte del paciente o en la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente. Siempre requiere un estudio en profundidad de todas las circunstancias y situaciones que se han producido para tomar medidas correctoras y evitar que se repita el caso.

Primera víctima. El paciente o su familia. Han sufrido directamente las consecuencias de este error.

Segunda víctima. Profesional o profesionales sanitarios implicados en el error.

Tercera víctima. La institución para la que se trabaja, para la cual puede comportar una pérdida de confianza social y un coste económico.

El **error** es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según lo que se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden ser: por comisión (hacer incorrectamente), por omisión (no hacer), de proceso (planificación y organización de las actividades) y de capacitación (competencia).

El **fallo** es un defecto, interrupción o disfunción de los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de una organización.

Tipos de fallos

En el diseño de procesos, tareas o equipos.

En la organización y el entorno (presencia de precursores psicológicos, como las condiciones del lugar de trabajo, los horarios, etc.).

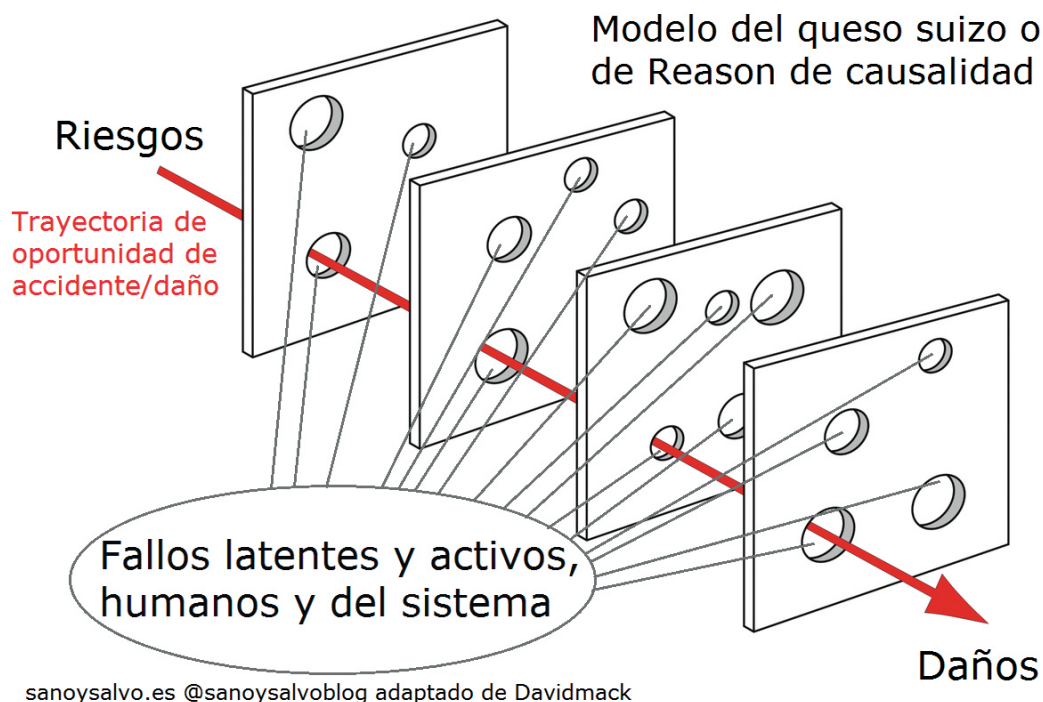
La **infracción** es la desviación deliberada de las normas o procedimientos operativos.

La **negligencia** es un error difícilmente justificable, ocasionado por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado. Error por falta de atención o del cuidado requerido.

El **litigio** es la disputa tramitada ante un juzgado que puede estar motivada por un desacuerdo con la atención recibida o con sus efectos no deseados (efectos adversos o complicaciones).

Anexo 2. Causas de errores

Prácticamente siempre que se produce un error, se juntan diferentes circunstancias que hacen que finalmente suceda. El modelo de James Reason (conocido como "el queso suizo"), muestra gráficamente la cadena de situaciones que se necesitan para que haya un suceso grave.



ETIOLOGÍA

Hay muchos motivos y diferentes situaciones que pueden influir y favorecer que se puedan cometer errores y pueden estar relacionados con múltiples factores.

1. Capacitación de los profesionales

- Formación inadecuada e inespecífica para la tarea asignada.
- Experiencia insuficiente.
- Falta de capacidad explícita para las tareas asignadas
- Falta de reconocimiento de las limitaciones

2. Condiciones de trabajo de los profesionales con deficiencias

- **Ambientales:** luminosidad, temperatura, ventilación, nivel de sonido...
- **Estructurales:** espacios, privacidad, circulaciones...
- **Organizativas:** ordenación de agendas, tiempo asignado por paciente, previsión de las situaciones no programables, posibilidad de interactuar y coordinarse con otros profesionales y niveles asistenciales, interrupciones, turnos de trabajo, guardias demasiado largas...
- **Personales, del profesional:** agotamiento (no haber descansado el tiempo suficiente), estrés, enfermedad aguda física o emocional, enfermedad crónica...
- **Derivadas del mismo paciente:** información equivocada, ocultación deliberada, incapacidad comunicativa...