

Reflexions sobre errors i esdeveniments adversos

Ètica del reconeixement,
la reparació i la prevenció

Grup d'ètica*Redactores del document*

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

*Membres del grup participants
en el debat del document*

M^a 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

Consultors per a aquest document

Montserrat Gens Barberà
Abel Novoa Jurado
Jesús Palacio Lapuente

Referents

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

Tant els referents com els consultors fan aportacions a l'esborrany del document, que es tenen en compte, però el contingut final del document és responsabilitat del Grup d'Ètica, que n'és l'autor.

La col·lecció Reflexions de la Pràctica Quotidiana vol oferir motius de reflexió als lectors (bàsicament metges de família), que els ajudin a millorar el vessant ètic de l'atenció que presten als ciutadans. En cap cas pretén establir normes d'actuació ni definir estratègies perquè els professionals evitin possibles problemes jurídics. En qualsevol cas, els membres del Grup d'Ètica entenen que una pràctica èticament correcta és, dins la incertesa de la nostra professió, una bona eina, no sols per fer-ho millor, sinó també per prevenir problemes jurídics.

ÍNDEX

1. Introducció	4
2. Real com la vida mateixa	6
3. Importància	8
4. Marc legal	9
5. Marc deontològic	11
6. Marc ètic	12
7. Qüestions polèmiques	17
8. Idees clau	26
9. Consells pràctics	27
10. Bibliografia	28
11. Annexos	31

1. INTRODUCCIÓ

Si tanqueu la porta a tots els errors, també la veritat es quedarà fora

Rabindranath Tagore

La finalitat d'aquest document és reflexionar, des de la perspectiva ètica, sobre aspectes de la seguretat dels pacients i els esdeveniments adversos en atenció primària, sempre que aquests últims no siguin fruit d'una conducta negligent, sinó de la fal·libilitat humana i dels aspectes estructurals del sistema en què treballem. L'objectiu és promoure l'acceptació que els esdeveniments adversos es donen i impulsar una reflexió sobre la necessitat d'assumir-ne la responsabilitat, estimular la seva comunicació i reparació, l'anàlisi dels factors que hi poden haver influït i l'elaboració de mecanismes per reduir la possibilitat que es repeteixin.

Encara que les reflexions poden servir a altres professionals, el document se centra en la pràctica dels metges de família. En el text es parla de forma genèrica de l'esdeveniment advers. En l'annex es poden trobar els diferents termes que s'utilitzen en l'àmbit tècnic de la seguretat del pacient.

Els professionals de l'atenció primària treballem en un context d'alta demanda de cures i amb pacients que tenen una gran heterogeneïtat en els motius de consulta, en els problemes de salut i en les característiques psicosocials. S'atén a una població molt diferent de l'atena a l'hospital. En molts casos, els pacients van a la consulta amb símptomes i signes poc definits, que corresponen a tot un ventall de possibilitats diagnòstiques que van des de processos de poca gravetat fins a malalties greus, i en els quals el professional ha d'utilitzar les habilitats clíniques, de comunicació i de reflexió ètica, i acompanyar en el patiment. Moltes de les persones que atenem pateixen malalties cròniques, pluripatologia i comorbiditat, i algunes presenten una elevada complexitat per problemes personals, psicològics o socials. Per això, en el nostre àmbit, l'atenció primària es mou enmig d'escenaris múltiples, molt diferents, amb diversos nivells de complexitat i amb un alt grau d'incertesa.

En aquest context, la longitudinalitat de les cures, el coneixement de l'entorn del pacient, l'estil més deliberatiu que caracteritza l'atenció primària i la relació de confiança permeten entendre la complexitat, compartir i reduir la incertesa, i prevenir els esdeveniments adversos¹.

A la complexitat del treball de l'atenció primària hem d'afegir que en la sanitat pública estem treballant en el marc d'una institució en la qual molts protocols, circuits, processos, polítiques de personal, etc. venen imposats i sobre els quals els professionals no tenim control. Se sap que moltes de les accions insegures, i dels esdeveniments adversos que en són conseqüència, són deguts a aquest entorn imposat. Tot i això, en el present document, com fem habitualment, abordem el tema centrant-nos en el que pot fer un/a metge/essa de família, inclosa l'acció de reclamar les millores pertinents.

A l'atenció primària, els esdeveniments adversos de caràcter greu són més aviat excepcionals, malgrat això, hem de treballar per reduir-los².

De vegades, els esdeveniments adversos no són conseqüència d'una acció insegura (p. ex., el primer episodi d'una al·lèrgia a un medicament correctament indicat). No obstant això, parlar d'esdeveniments adversos vol dir parlar necessàriament de víctimes i cal esmentar-ne totes les víctimes potencials: la primera víctima és qui rep el dany; la segona és el professional involucrat, i la tercera, la institució.

El risc zero no existeix. Encara que minimitzem els riscos, hem de ser conscients que continuaran existint accions insegures i esdeveniments adversos. Hem de lluitar per minimitzar-los i establir mecanismes per detectar-los i disminuir-los, tant en els professionals com en les institucions. Es tracta d'aconseguir, fins on sigui possible, accions segures dins de sistemes segurs³.

A l'imaginari col·lectiu es confon el dany produït en la pràctica clínica (esdeveniment advers) amb la mala praxi (o negligència mèdica). Per parlar de mala praxi (o negligència) cal que hi hagi intencionalitat (o absoluta deixadesa) i responsabilitat individual. En el concepte d'error s'entén implícitament que algú (un individu) té "culpa" (ha fet quelcom mal fet). Així s'incorporen al fet en si mateix dos aspectes: el de la culpa o dol (intencionalitat), i també el de la responsabilitat individual; però la realitat de la majoria d'esdeveniments és molt més complexa. Avui sabem que els esdeveniments adversos succeeixen en el marc de factors contribuents en els quals té lloc una acció insegura, i les barreres i defenses, que haurien pogut evitar-los, fallen³. És a dir, el problema no és simplement un "mal professional", sinó la seguretat insuficient del conjunt del sistema (incloent les limitacions humanes del professional). Cal fer un estudi exhaustiu de l'esdeveniment advers i de les seves circumstàncies per poder entendre per què s'ha produït, identificar les fallades de seguretat actives i latents, personals i sistèmiques, i posar els mecanismes per evitar que es repeteixi (vegeu l'annex 2). Per tot plegat, en el document evitem parlar d'error i no abordem la mala praxi o la negligència (que implicarien de forma clara una intervenció judicial).

El reconeixement de les circumstàncies que han envoltat un esdeveniment advers, la seva comunicació als afectats i la compensació pel dany produït, si s'escau, són la clau per restaurar la confiança en el sistema i, en el millor dels casos, la relació assistencial.

Per a l'anàlisi d'allò que ha passat i la detecció d'oportunitats de millora s'ha de convidar als professionals implicats en l'esdeveniment advers i als pacients que l'han patit o a les persones properes. La seva experiència de primera mà és important. La seva participació serveix per minvar l'impacte de l'esdeveniment advers en la primera víctima, el pacient, per evitar que el professional es converteixi en segona víctima per l'impacte psicològic que també té l'esdeveniment advers en ell, i per a disminuir el risc que l'organització, a causa d'una demanda o per la pèrdua de prestigi es converteixi finalment en la tercera víctima⁴.

2. REAL COM LA VIDA MATEIXA

- Vas al domicili d'una pacient de 87 anys per vòmits i disminució del nivell de consciència des de fa unes hores. Té antecedents d'insuficiència cardíaca i fibril·lació auricular. Pren habitualment digoxina, 1/2 comprimit/24 h i furosemida 40 mg, 3 comprimits/24 h. Fa 4 dies havia estat a urgències a l'hospital i l'informe d'alta diu: "Digoxina 3 c/24 h i furosemida 1/2 c/24 h". La filla pensava que li ho havien canviat expressament i li ha administrat 3 comprimits de digoxina cada 24 hores. En adonar-se de l'error, la filla s'enfada moltíssim i demana responsabilitats. Tu et defenses com pots, no en tens cap culpa i remets la filla a queixar-se a l'hospital on la van visitar.
- Rebo la Maria a la consulta, ve perquè té una dorsàlgia molt intensa de característiques inflamatòries i d'inici brusc des de fa un mes. Inicialment, li vaig fer fer una radiografia, on al primer cop d'ull no li vaig veure cap lesió òssia. La Maria va preguntar: "Segur? Miri que em fa molt mal!". El dolor persistí; la pacient va anar a urgències; li van revisar la radiografia i hi van veure una fractura vertebral. Li van augmentar l'analgèsia. La Maria està programada per a la consulta d'aquesta tarda. Llegeixo l'informe d'alta abans que entri i sento un temor molt gran en rebre-la perquè em sap greu haver-me equivocat, no sé com dir-li i tinc por que deixi de confiar en mi.
- En Joan és metge de família des de fa cinc anys. És una persona compromesa amb la seva professió i porta un any cursant estudis per fer un màster d'urgències, es troba cansat, sobretot a la consulta de la tarda. Un mal dia arriba a la consulta la Montse, que pateix diabetis. Li explica que té dolor al pit des de fa 10 dies i que està preocupada. En Joan sap que la Montse és una dona amb problemes familiars (fill separat, marit malalt i té una neboda al seu càrrec). Li explica que és una mica d'ansietat i que prengui diazepam. Aquella mateixa nit, la Montse ingressa d'urgències a l'hospital per un infart agut de miocardi. En Joan s'assabenta de la situació i decideix que ha de canviar de feina: "Aquesta dona podria haver mort per culpa meva", "no soc un bon metge".
- La Mireia és interina nova al centre d'atenció primària. Ha arribat en plena epidèmia de la grip i molts dels seus companys es troben de vacances acabant de fer els dies que els queden de l'any anterior. Des de direcció es decideix prioritzar l'atenció d'urgències, per la qual cosa la Mireia fa 4 dies que fa urgències i ahir va doblar, perquè una companya s'havia posat malalta. Es troba cansada, però és interina i vol causar bona impressió a la direcció. Avui, novament, visita 50 pacients, i a l'Antònia, que li ha dit: "dona'm el que sigui, que no aguanto més aquest mal de coll que tinc des que vaig enganxar el refredat; i el paracetamol no me'l treu". Li ha prescrit un antiinflamatori sense tenir en compte que tenia un filtrat glomerular (FG) de 40. En l'anàlisi de control al cap de 3 setmanes, l'Antonia té un FG de 25. L'Antonia enfadada posa una reclamació a la Mireia.
- L'Elena té 17 anys. Des que va fer el canvi de pediatria a adults ha vingut força vegades per patologies agudes i sovint lleus. Conec els seus pares de sempre, ella és una noia tímida, nerviosa i retreta. Consulta per dolor abdominal inespecífic, quan

tornem a la cadira després de la taula d'exploració diu "m'agradaria comentar-li una cosa que va passar fa 9 anys" i, mentre diu això, la noto nerviosa i se li humitegen els ulls. Em dispo a escoltar.. però sona el telèfon: és la meva directora. Diu que els dies que he demanat de vacances no poden ser, per problemes de l'equip: "Com pot ser? Sempre em toca a mi el rebre, perquè soc interina!" Quan penjo el telèfon, l'Elena em diu "com m'has dit que el mal de panxa no era important, ja marxo": s'aixeca i surt. Aleshores és a mi a qui se li humitegen els ulls.

3. IMPORTÀNCIA

En el marc de l'atenció sanitària és on es protegeix i es té cura de la salut dels ciutadans. L'esdeveniment advers és una situació contrària a aquest objectiu. L'atenció sanitària té riscos inherents, alguns evitables i altres inevitables.

La seguretat dels pacients implica els mateixos pacients, els professionals, les institucions i les empreses. La manera d'abordar-la expressa el grau de maduresa de les organitzacions i dels seus treballadors. El reconeixement, la reparació i la prevenció són els tres eixos a l'entorn dels quals gira la nostra reflexió.

Els esdeveniments adversos, a part de perjudicar el pacient, també tenen efectes nocius sobre el professional implicat (segona víctima) i sobre el sistema sanitari (tercera víctima). El metge que ha estat causant directe d'un esdeveniment advers greu pot patir un impacte psicològic de diferent grau que el pot marcar per tota la vida⁵.

En el nostre context cultural, la culpa és un concepte que va molt lligat a l'esdeveniment advers. La manera com elaborem aquesta emoció és important per l'afrontament individual i col·lectiu dels incidents que es produeixen en la pràctica mèdica. La culpa genera dificultat per reconèixer els esdeveniments adversos, promou la seva negació i la manca d'honestedat per por a les conseqüències. El treball individual a la consulta, la variabilitat interprofessional i la manca de sistemàtica en les actuacions, els canvis que s'estan produint en l'arquitectura de la relació professional-pacient i els nous paradigmes de fal·libilitat són factors influents en l'abordatge dels esdeveniments adversos.

Un equip que accepta l'existència d'esdeveniments adversos (i els avalua), que promou l'atenció longitudinal i coneix l'entorn (i genera, així, confiança) està prevenint l'aparició d'incidentes.

4. MARC LEGAL

Els incidents i esdeveniments adversos poden tenir repercussions jurídiques en funció de la seva gravetat i de les circumstàncies que els rodegen.

La salut és un bé tan valuós a la nostra societat que la seva protecció té caràcter de dret fonamental. El dret a la protecció de la salut ve recollit en primer lloc a la Constitució i és desenvolupat a la Llei 41/2002, que marca les normes de conducta en l'exercici de la professió.

La infracció dels deures de conducta amb el resultat de dany, quan és atribuïble a la mala praxi, pot ser catalogada com a delictes d'imprudència, segons el Codi Penal, Llei Orgànica 1/2015, del 30 de març, que tipifica els càstigs o penes en funció de la seva gravetat (art. 142 i 152)⁶.

Tot i això, no tots els resultats negatius d'una actuació mèdica poden ser considerats mala praxi ni ser atribuïts al professional com a responsable principal. Perquè una lesió sigui considerada delictes d'imprudència es requereix la concurrència de dos elements bàsics: la infracció del deure de tenir cura i la previsibilitat.

En el marc de la nostra professió, la infal·libilitat no és exigible i la justícia reconeix la medicina com una ciència per definició inexacta, com tota ciència empírica i valorativa (p. ex., davant d'un mateix pacient amb determinats símptomes, diferents metges poden oferir un diagnòstic diferent i, fins i tot, tot i fer el mateix diagnòstic poden recomanar diferents tractaments).

S'atribueix responsabilitat jurídica en aquells esdeveniments adversos amb resultat de dany on es valori una gravetat extrema en la desviació de la doctrina científica: quan s'emeten judicis clínics sense reflexió, sense tenir en compte els coneixements imperants o sense posar els mitjans disponibles per comprovar-los; quan el tractament mèdic no està indicat o ha estat erròniament seleccionat, o quan es practica amb una tècnica contrària a la recomanada habitualment.

Per considerar que hi ha delictes d'imprudència cal:

- Una acció o omissió voluntària no maliciosa.
- Una actuació reprotxable, per falta de previsió de les conseqüències negatives previsibles, que sigui prevenible i evitable.
- Una infracció del deure de tenir cura (definit per les normes que regeixen el saber fer de l'acte mèdic o *lex artis*).
- L'existència d'un dany objectiu: lesió o mort.
- L'existència de nexes de causalitat entre la infracció del deure de tenir cura i el mal sobrevingut.

La gravetat de la imprudència es pot catalogar d'imperícia o de negligència en funció de la gravetat de l'omissió del deure de tenir cura. Es parla d'*imperícia* quan es detecta ineptitud o ignorància de coneixements elementals i bàsics (sigui per oblit, per manca de formació, per manca de pràctica o per manca d'actualització). Si la

lesió és fruit de descuit, d'apatia o de l'omissió de qualsevol precaució o diligència en els actes (p. ex., administrar penicil·lina a un pacient en la història del qual consta l'al·lèrgia, amb resultat de mort per *shock*) es parla de *negligència*⁷⁻⁹.

La responsabilitat dels metges en l'exercici professional és d'àmbit penal, civil i contenciós administratiu. La responsabilitat penal es pot castigar amb pena de privació de llibertat o inhabilitació, a banda d'una sanció econòmica.

La responsabilitat civil implica reparar el dany i indemnitzar pels perjudicis causats en l'acte mèdic quan es demostra vinculació causal entre la conducta del professional i el dany.

La responsabilitat contenciosa administrativa és exigible a l'administració sanitària quan el dany és atribuïble a un funcionament defectuós dels serveis públics. En aquests casos, la responsabilitat civil obliga l'Administració, i no al metge, a reparar econòmicament pel dany causat¹⁰.

La informació adequada al pacient no només redueix el risc de litigis sinó que permet al pacient desenvolupar la seva autonomia en l'àmbit de la salut¹¹.

En aquest sentit, tant a Europa com als Estats Units hi ha experiències per millorar l'atenció en cas d'esdeveniment advers. A Dinamarca, el sistema de salut preveu que cap professional sanitari pugui ser sotmès a accions disciplinàries com a conseqüència de la notificació d'un esdeveniment advers. Per aquest motiu se separen els sistemes de comunicació d'esdeveniments adversos amb finalitat educativa dels sistemes de reclamació judicial o lligats a companyies asseguradores^{12,13}. Aquests sistemes poden constituir referències imprescindibles per construir un model de seguretat del pacient.

5. MARC DEONTOLÒGIC

En la deontologia mèdica apareixen els principis de veracitat, transparència, acceptació i correcció de l'error.

Els metges accepten davant de la societat el desafiament, el deure de ser veraçs, de confessar els seus errors, de demanar perdó per ells i d'insistir a evitar que puguin tornar a passar.

El codi deontològic, expressament, codifica conductes i situacions que siguin assumibles per la majoria dels col·legiats, sense forçar la consciència de ningú, ni violentar els fonaments ètics que garanteixen la convivència col·lectiva, tot i que inevitablement hi hagi opinions i actituds diferents davant de situacions concretes.

Ni el codi del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya ni el de l'Organització Mèdica Colegial (OMC) vigent fins ara parlen específicament del tema de la seguretat del pacient^{14,15}. No obstant això, l'OMC està treballant en una actualització del codi de deontologia que inclou un capítol dedicat exclusivament a la seguretat del pacient. En ell s'estableix com a prioritat per al metge la seguretat del pacient. Aquesta prioritat ha de manifestar-se en la recerca permanent de la identificació i la notificació dels incidents i esdeveniments adversos que tinguin relació amb la seva pràctica personal, amb les actuacions d'altres companys o amb les estructures de les organitzacions sanitàries. Informar el pacient sobre els procediments diagnòstics o terapèutics forma part dels deures professionals relacionats amb la seguretat del pacient¹⁶.

6. MARC ÈTIC

Abordarem l'anàlisi ètica dels esdeveniments adversos des de la metodologia de l'ètica dels principis i des de l'ètica dels valors.

Esdeveniments adversos i principis de la bioètica

NO MALEFICÈNCIA

El principi de no maleficència ens obliga a no fer mal intencionadament i a tenir cura de la integritat personal. Poques actuacions sanitàries estan lliures d'efectes adversos. Per tant, la valoració del dany s'ha de relacionar amb la globalitat dels efectes d'una intervenció. En aquest sentit, són maleficients les accions on els danys són superiors als beneficis previstos¹⁷.

Els esdeveniments adversos estan íntimament lligats a la seguretat dels pacients. Com a professionals sanitaris tenim la obligació de preocupar-nos i de ser responsables de la seguretat del pacient. Això implica dotar-nos d'eines i entorns de treball que millorin la seguretat del pacient, i demanar-los a les institucions. Ens cal ser crítics amb les institucions on treballem per evitar condicions de treball insegures.

L'actitud crítica respecte a les eines facilitades per les institucions és el motor del canvi. La nostra lleialtat amb el pacient ha de determinar quin ús en fem d'aquestes eines facilitadores perquè suposin un benefici per a ell. A nivell personal, vetllar per la seguretat del pacient implica ser conscients, per una banda, de la nostra competència i millorar-la en aquells aspectes que ho necessitin i, per altra, del nostre estat físic, emocional o psicològic per exercir.

Els professionals involucrats en un esdeveniment advers es poden convertir en víctimes si queden traumatitzats per l'esdeveniment. És freqüent que es considerin responsables d'allò que ha succeït al pacient. Molts se senten com si haguessin fallat al pacient i qüestionen les seves habilitats clíniques i els seus coneixements.

L'ajuda efectiva per als professionals involucrats millora la seguretat dels pacients perquè augmenta les possibilitats de declaració d'esdeveniments adversos.

JUSTÍCIA

Si ha succeït un esdeveniment advers, cal reparar el dany. La reparació és necessària per al pacient, per al metge i per a la institució.

El tipus de reparació estarà en funció del tipus i el grau del dany ocasionat. En tots els casos s'han de reconèixer davant de la víctima els fets i les circumstàncies que han ocasionat l'esdeveniment advers. En algunes ocasions, aquestes accions seran suficients per aconseguir la reparació. En altres ocasions, i més quan el dany és greu, en el nostre entorn, la legislació preveu que la reparació vagi acompanyada de compensació econòmica (fet que justifica les assegurances de responsabilitat civil dels professionals). Des de la perspectiva jurídica s'hauria de buscar la forma de

conciliar els drets del pacient amb la garantia que el professional sanitari no serà objecte de responsabilitat com a resultat de l'expressió de la disculpa¹⁰.

Les reunions amb familiars o pacients després d'un esdeveniment advers s'han identificat, a més, com una eina important per reduir l'impacte negatiu de l'esdeveniment en els metges¹¹.

BENEFICÈNCIA

Com podem fer el bé un cop hem ocasionat un dany? Identificar de manera precoç un esdeveniment advers pot conduir a evitar un mal major. Els esdeveniments adversos comporten un impacte negatiu en la salut que podrà ser resolt amb una nova intervenció (p. ex., tractament d'una reacció al·lèrgica). Mai no s'abandonarà un pacient que presenti un esdeveniment advers, sigui per la causa que sigui. Comunicar el dany, assumir-lo i reparar-lo no són només fets justos: impulsar la cultura de la reparació-compensació ajudarà a recuperar la norma trencada del sistema sanitari com a sanador i, per tant, a sanar-recuperar totes les víctimes, en la mesura que es recupera i facilita la confiança en el professional i en el sistema sanitari¹⁸.

AUTONOMIA

El pacient ha de conèixer les circumstàncies que han envoltat l'esdeveniment advers en la seva assistència sanitària, per poder entendre, perdonar i restablir la confiança en la seva assistència sanitària i la relació terapèutica amb els professionals afectats, si així ho desitja. La comunicació de les circumstàncies que han envoltat els fets a favora el procés¹⁵.

No obstant això, com professionals hem de ser conscients que, tot i que el perdó és una condició de possibilitat per a la reconciliació i la restauració de la confiança, és un acte d'amor que no es pot exigir ni es pot esperar del pacient i que pertany a l'àmbit de la seva autonomia*.

Esdeveniments adversos i valors ètics del metge de família¹⁶

Dedicació. Hem de posar tot l'interès en tenir els coneixements, habilitats i actituds necessàries per a l'exercici professional.

* Davant d'un esdeveniment advers és habitual que es generin sentiments de ràbia i ressentiment pel dany sofert. Superar-ho és un procés que neix del convenciment que la persona és alguna cosa més que els seus actes. Quan es perdona, es curen les ferides i la relació es transforma. El perdó no significa oblit. En la reconciliació hi ha el propòsit que allò no torni a passar mai més, per això ho hem de recordar. Així i tot, també hi ha el propòsit de tornar a confiar en la institució, en el sistema i en els professionals que es van veure afectats per la cadena d'esdeveniments que van desembocar en el dany.

El perdó és una manifestació d'humilitat i de reconeixement de la debilitat de l'ésser humà. Qui ha rebut el dany es pot reconèixer en la vulnerabilitat de l'altre, que és algú capaç de reconèixer un error, de mostrar la seva fal·libilitat¹⁹.

La dedicació en la prevenció dels esdeveniments adversos comporta vetllar per ser capaços de mirar amb autocrítica la nostra competència professional com a metges de família, i inclou²⁰:

- Estar actualitzat tant en coneixements com en habilitats.
- Reconèixer aquelles àrees en les quals ens hem quedat desfasats o estem insuficientment formats.
- Responsabilitzar-nos de la nostra pròpia formació.
- Exigir a les institucions que ens emparin i que ens proporcionin els mitjans suficients perquè puguem estar al dia.
- Reconèixer les situacions en les quals el nostre rendiment no és ni òptim ni mínimament acceptable.

Algunes d'aquestes situacions depenen de nosaltres; a vegades són les institucions les que tenen una part important de responsabilitat, i altres vegades la institució n'és la responsable²¹.

El cansament després de 12 hores de feina, l'acumulació de pacients, amb poc temps per a cadascun d'ells, les condicions precàries de l'organització... són fonts d'accions insegures perquè impedeixen que la nostra atenció estigui centrada en el pacient.

Respecte. Hem de donar a conèixer als pacients la cadena d'accions que ha portat a un esdeveniment advers.

El respecte en la gestió de l'esdeveniment advers implica respectar les decisions del pacient una vegada ha estat informat sobre la "cadena d'esdeveniments" que han conduït al dany. El pacient espera i mereix conèixer les circumstàncies en què ha tingut lloc l'esdeveniment advers i les seves conseqüències, siguin responsabilitat del metge, de l'organització o, com passa molt sovint, siguin el resultat d'una acumulació de circumstàncies.

Proximitat. Hem de comunicar l'esdeveniment advers amb humilitat, cortesia i senzillesa.

Implica la comunicació humil i empàtica dels esdeveniments adversos. D'aquesta manera afavorim que el pacient ens vegi més enllà de l'actuació insegura comesa. La comunicació amb cortesia, intel·ligible i propera ens fa humans i facilita que la víctima compregui, perdoni i recuperi la confiança²².

Després d'un esdeveniment advers, hi ha evidència que dir simplement "ho sento" al pacient o a les persones properes millora emocionalment tant al pacient com al professional, a més d'evitar costosos litigis a totes les parts implicades²³.

Lleialtat. Hem de donar espai perquè els afectats puguin expressar-se.

És precisa la comunicació dels fets succeïts de manera intel·ligible, clara, en un ambient cordial que faciliti l'expressió del dolor de qui ha patit l'efecte advers, amb temps perquè puguin expressar-se totes les parts afectades i perquè es puguin

formular els dubtes i obtenir respostes. Aquest procés és bàsic per a la restauració i ha d'incloure informació sobre les mesures que s'han posat en funcionament per evitar que un succés similar pugui tornar a ocórrer¹¹.

Per lleialtat al pacient, la comunicació ha de realitzar-se al més aviat possible i cal evitar que els diferents professionals implicats donin informació contradictòria. S'ha de donar l'opció de canviar de metge responsable o de rebre tractament en un altre centre si el pacient així ho desitja, però cal garantir en tot moment que el pacient no quedi en situació de desemparament.

Prudència. *Hem d'actuar amb la informació adequada i fugir d'accions poc provades, d'utilitat o seguretat dubtoses o que aportin més risc que benefici.*

En la gestió dels esdeveniments adversos, el valor de la prudència és de salvaguarda. L'experiència i la reflexió sobre situacions similars ens ajuden a aplicar el coneixement teòric a la pràctica concreta. És una tasca pròpia del professional prudent valorar el context en què es vol aplicar una mesura, sigui diagnòstica o terapèutica. L'avaluació de l'entorn inclou aspectes com els contextos institucional, biològic, emocional i sociocultural del pacient.

En el cas dels membres més joves del nostre col·lectiu, els residents, aquesta experiència és just allò que manca. La tutorització dels residents és l'aval que la societat demana com a garantia per a la seguretat del pacient. El tutor ha de supervisar tenint en compte els coneixements teòrics i la capacitat de posar-los en pràctica en els diferents escenaris de la vida professional. El resident ha de saber identificar aquelles situacions en les quals la teoria que ell coneix no s'ajusta a la realitat que se li presenta. Quan la realitat és diferent, complexa o els coneixements i habilitats no s'adapten, és obligació del metge en formació sol·licitar ajuda i és obligació del tutor proporcionar-la. També la supervisió és un deure del tutor per minimitzar les ocasions en les quals la dificultat de l'assistència supera les competències del resident.

En la comunicació de l'esdeveniment advers hem d'evitar el xarlatanisme sobre els companys afectats o l'organització sanitària per a la qual treballem. No podem oblidar que quan parlem malament d'un altre professional, comprometem la nostra pròpia imatge personal i la col·lectiva i malmetem la confiança dipositada en nosaltres i en tot el sistema sanitari.

Equitat. *Hem de tractar tothom amb el mateix interès i fent bon ús dels recursos de què disposem per al conjunt dels ciutadans.*

A la pràctica hi ha grups de població en què els errors es cometien amb més probabilitat o en els quals amagar els fets és més fàcil. Les desigualtats en salut es relacionen amb la pobresa, la marginació social, la immigració i altres problemes d'índole social. Com a metges de família tenim la responsabilitat personal i professional de lluitar des del nostre despatx, i també des de la posició que ocupem en les organitzacions, per minimitzar les desigualtats en salut, siguin d'origen social o no.

Honradesa. *Hem d'explicar el fets tal com sincerament creiem que han succeït.*

Implica el reconeixement de les causes que han portat al dany, tant les personals com les relatives a l'entorn. Hem de ser veraçs i explicar els fets tal i com sincerament creiem que han succeït, fins i tot els condicionants i circumstàncies que els han rodejat. Donarem tota la informació necessària perquè el pacient es pugui fer una idea clara de què ha passat. La informació s'acompanyarà d'un temps de reflexió i diàleg on el pacient pugui expressar els seus dubtes i malestar.

Les reaccions de negació per part dels professionals implicats han de ser reconduïdes cap a la maduresa, deixar de banda els sentiments de culpa i assumir la responsabilitat que pertoca. Fer-ho ajuda a evitar conductes insegures, millora la seguretat del pacient i l'autoestima del professional²⁴.

7. QÜESTIONS POLÈMIQUES

La vergonya de confessar el primer error ens en fa cometre molts altres
Jean de La Fontaine (1621-1695)

El pacient té la sensació d'haver patit un esdeveniment advers, però no ha existit

Les persones som vulnerables, fràgils, i la nostra autonomia és interdependent, abocada a confrontar amb els altres les nostres percepcions i decisions. Així, podem dir que l'actuació mèdica està condicionada i sempre s'ha de contextualitzar.

La percepció de l'existència d'un dany pot variar entre el pacient i el professional. Aquest és un bon moment per demostrar-li la nostra proximitat i escoltar de forma empàtica el motiu del seu sentiment de greuge i el seu malestar. El professional ha d'avaluar els fets tal com els ha viscut el pacient i amb totes les dades sobre el succés que pugui trobar. Analitzats els fets, si la conclusió és que no hi ha hagut un esdeveniment advers, s'ha de validar el sentiment de malestar al mateix temps que el reconduïm cap a una comprensió més adequada dels fets²⁵.

El pacient té la sensació d'haver patit un esdeveniment advers que sí que ha existit: com es comunica?

L'esdeveniment advers i la seva consciència tenen lloc en la relació assistencial. Aquesta relació actua com a element de sosteniment (xarxa de seguretat), tot i que és fràgil i pot trontollar si succeeix un l'esdeveniment advers.

La comunicació de l'esdeveniment advers ha de marcar l'inici del procés de reparació, on les persones implicades (professionals, institució) podran demanar disculpes i oferir la compensació necessària, atenent al principi de justícia. Cal ser receptiu a les necessitats expressades pel pacient o la família²⁶.

L'esdeveniment advers s'ha de comunicar amb el màxim d'honestedat. Primer, cal informar que hi ha hagut accions insegures de manera proactiva. Cal atorgar importància a aquesta conversa, preparar-la i destinar-hi temps. S'ha de descriure el curs dels esdeveniments amb un llenguatge comprensible: què i per què ha succeït. I s'han d'expressar amb claredat les conseqüències que té en la seva salut, mostrar empatia i disculpar-se.

Es comprova que el pacient ho ha entès i, per descomptat, se l'escolta, es contesten les seves preguntes, se li ofereix suport i se l'informa de les opcions de reparació que estan disponibles per al cas. Cal acollir i acompanyar les emocions del pacient i, sobretot, evitar la confrontació. És molt important fer un seguiment de la situació i assegurar l'acompanyament davant d'aquesta nova situació²⁷.

La comunicació d'un dany comporta habitualment una forta càrrega emocional, tant per al pacient com per al professional. El metge ha d'haver treballat les seves emocions i identificar el que està sentint i vivint per preparar-se per a la comunicació.

La comunicació honesta pot generar, a la llarga, vincles de confiança nous i més forts entre el pacient i el metge, la qual cosa és beneficent.

Les institucions i equips directius han d'ajudar tot desenvolupant programes que actuïn a curt, mitjà i llarg termini en el suport a totes les víctimes dels esdeveniments adversos^{24,27}.

Quan hi ha una acció insegura que no arriba a danyar: ho hem de comunicar o no al pacient?

Els casos en els quals l'acció insegura no arriba a produir un mal són ideals per posar en pràctica la teoria de la comunicació dels incidents i pot ajudar a prevenir-ne de nous. No hi ha hagut dany i el pacient no se sent ni traït ni ressentit. Actuar en aquest moment pot servir per mostrar-nos honestos, pròxims, humils, capaços de cometre errors, però també de reconèixer-los i compartir-los. Fer de la comunicació de les pràctiques insegures un hàbit ens donarà experiència per afrontar les situacions en què realment es produeixi un dany. En moltes ocasions, també pot augmentar la confiança del pacient, ja que percep la nostra honestedat i humanitat.

Quan hi ha una acció insegura que ocasiona dany al pacient, però que aquest no reconeix com a esdeveniment advers, cal explicar-ho sempre al pacient? Hi ha límits en la comunicació?

En els processos de comunicació de l'esdeveniment advers la prudència ens ha d'orientar sobre el com, el quan i amb quines paraules ens hem de dirigir al pacient. Quan aquest encara no és conscient de l'esdeveniment advers, hem de ser més curiosos. El fet de ser els primers en sincerar-nos i evitar, així, que sigui una tercera persona qui adverteixi d'alguna cosa que no ha anat com s'esperava, ens col·loca en una situació avantatjosa, però, no obstant això, com que es tracta de donar una mala notícia, hem de ser particularment delicats en la manera de fer-ho. Hem d'estar atents a les necessitats d'informació del pacient i al sorgiment progressiu de la comprensió. Cal mesurar les paraules en un moment de gran impacte emocional per evitar iatrogènia comunicativa, amb la consegüent pèrdua de confiança i el malestar del pacient.

La comunicació s'ha de fer des del respecte total per les víctimes segona i tercera.

Quan el pacient demana o exigeix una actuació que sembla insegura (una prova o un tractament inadequats o amb un perfil risc-benefici negatiu)

Accedir a una prova no indicada augmenta el risc de reaccions adverses. Tenim l'obligació d'avaluar la pertinència de cada prestació sanitària. Quan la petició d'un

pacient no està justificada i es desvia de la necessitat sanitària i de l'evidència científica, tenim l'obligació de rebutjar-la de forma adequada i ferma. Les sol·licituds d'actes de complaença són contràries a la deontologia mèdica i poden resultar nocives per al pacient. Hem de saber dir "no"¹⁶.

Hi ha pacients amb els quals és més fàcil "equivocar-se"?

Els pacients molt demandants, els agressius, els passivoagressius, persones amb trastorns psiquiàtrics i d'altres que "ens molesten" a la consulta, tots ells tenen més possibilitats de patir un esdeveniment advers.

Per honestedat, hem de reconèixer els nostres prejudicis. Per respecte, hem de sobreposar-nos a ells. Per equitat, hem de ser imparcials amb els problemes dels nostres pacients. Per lleialtat, hem de donar-los l'espai que necessiten.

Ser un professional no significa no tenir prejudicis, sinó enfrontar-nos a ells i procurar que no ens molestin.

Ens n'adonem d'un efecte advers on hi ha implicat un company. Si el metge implicat no el vol comunicar, què hem de fer?

Si s'esdevé una acció insegura d'un company, és la institució qui hauria de tenir un procediment sobre la seva comunicació. El més natural seria comentar-ho amb el professional que ha estat implicat en l'acció insegura que ha provocat el dany i planificar de quina manera s'ha de comunicar. Hi ha, però, unes barreres que dificulten aquesta pràctica: la por a la reacció del company o a que l'equip ens consideri deslleials, o un sentit equívoc de "solidaritat entre professionals". Cal tenir en compte que comunicar l'esdeveniment advers al pacient sense fer-ho saber al metge implicat pot ser deslleial amb el company. Si ens trobem en la situació que algú ens demani el parer, és correcte demanar disculpes pels fets i parlar amb els professionals implicats perquè siguin ells qui doni les explicacions adients. Tradicionalment, la resposta a un error és la de l'ocultació. Com a companys és important donar suport emocional per superar el malestar i centrar-nos en entendre el procés que ha acabat en un esdeveniment advers. D'aquesta manera, ajudem a gestionar les emocions davant de l'esdeveniment advers i facilitem que no torni a passar.

Si el metge implicat no vol comunicar l'esdeveniment advers, ens trobem amb un conflicte de lleialtats entre la lleialtat amb el company que no ho vol comunicar i la lleialtat amb el pacient, que té dret a conèixer l'esdeveniment per afrontar-ne les conseqüències. Cada situació és diferent, però en termes generals preval la lleialtat cap al pacient. S'haurà de parlar amb la institució per fer prevaler el dret del pacient a disposar de la informació sobre l'esdeveniment advers que ha viscut.

Quan hi ha un metge resident en formació implicat

Podria ser adequat que la comunicació de l'esdeveniment advers al pacient anés a càrrec del metge tutor i del metge resident plegats, després de fer una anàlisi de com i per què s'ha produït el dany, veure de quina manera s'hauria pogut evitar i preparar-ne la comunicació al pacient. Constitueix una oportunitat d'aprenentatge important per al metge en formació, alhora que cal garantir que la comunicació i el seguiment es facin en les millors condicions i que siguin les més respectuoses amb el pacient. Per altra banda, el tutor s'hauria de preocupar també de valorar com es podran evitar les recurrències, tot i saber que tant ell com el resident són fal·libles.

La principal font d'aprenentatge de l'ètica ve de reconèixer i estudiar els conflictes i les accions insegures que es fan. Aquesta tasca l'han de realitzar tots els metges i, fonamentalment, els que actuen com a tutors. El tutor ha de donar exemple i, si s'equivoca, ha de reconèixer-ho i comunicar-ho al pacient, ja que l'exemple i model és molt important en l'aprenentatge.

És bo que la docència s'impregni dels valors d'honestedat i respecte a l'autonomia del pacient que sempre han d'estar presents en la comunicació d'un dany. El reconeixement i l'anàlisi de l'esdeveniment advers contribueixen a evitar-ne la repetició, atenent al principi de no maleficència.

Ens n'adonem d'un efecte advers on hi ha implicades diverses institucions i diversos professionals

El treball en entorns institucionals on el professional forma part d'un equip assistencial té el perill de la dilució de la responsabilitat individual.

La deontologia deixa clar que això no hauria de ser així. A més, ens obliga a millorar la qualitat assistencial de la institució per a la qual treballem. Quan es detecta una deficiència, hagi estat causa o no d'un dany, tenim l'obligació de posar-ho en coneixement de la direcció i, si això no serveix, també de les entitats mèdiques corporatives o de les autoritats sanitàries¹⁴⁻¹⁶.

Si la longitudinalitat de l'atenció genera confiança i fa més fàcil entendre la complexitat contextual, la fragmentació de l'atenció, la precarietat dels contractes i la rotació dels professionals encarregats són un factor de risc per a l'aparició d'esdeveniments adversos. Com a professionals tenim l'obligació de reivindicar millores que facin possible l'estabilitat en l'atenció als pacients.

Una institució que tingui la qualitat assistencial com a valor té consciència que els incidents tenen el seu origen en múltiples causes i posa a disposició dels seus treballadors eines per a comunicar-los. La comunicació de l'esdeveniment advers és la millor manera de posar-hi solució: la nostra obligació és utilitzar aquestes eines quan se'ns posen a l'abast.

Si és possible i si estem capacitats, hem de col·laborar en els mecanismes de millora.

Si de la deficiència se'n deriva un dany, el pacient ha de rebre una explicació clara de la implicació del sistema en el fet i de les mesures que s'han posat en funcionament per arreglar-ho.

Qui comunica què ha passat? Qui se'n responsabilitza? Qui fa la reparació?

Idealment l'esdeveniment advers l'hauria de comunicar el metge que s'hi ha vist implicat, que és qui coneix millor les circumstàncies que hi han conduït i pot oferir una reparació moral més directa. Per això, és important que tot el personal estigui format en la comunicació d'esdeveniments adversos o que hi hagi un equip de suport en comunicació. L'equip de suport en comunicació pot ajudar a desfocalitzar el sentiment de culpa i neutralitzar una possible agressivitat envers el professional.

En un sistema sanitari com el que tenim actualment, en el qual el pacient és atès per un equip multidisciplinari, amb diferents nivells d'atenció i amb professionals que poden canviar sovint, l'anàlisi de l'esdeveniment advers i la recerca de responsabilitats poden ser tasques difícils, i encara més identificar qui és la persona més adequada per comunicar l'esdeveniment advers al pacient.

Caldria una comunicació fluida entre els professionals sobre l'esdeveniment advers per poder elaborar un relat únic que es pugui explicar al pacient. Un ambient de transparència i sense por a les conseqüències legals (cultura de seguretat) afavoriria aquest treball en equip per analitzar i reparar el dany. En cas de dubte sobre qui ho ha de transmetre, podria ser el metge que més coneix el pacient i que l'acompanyarà en el camí amb les conseqüències del dany sofert.

En el context sanitari actual, la responsabilitat es dilueix: la responsabilitat de tots acaba esdevenint la responsabilitat de ningú. No obstant això, el sistema no té responsabilitat moral, sinó que aquesta correspon a les persones que el componen.

I cal preguntar-se si la responsabilitat és col·lectiva o individual. Primer cal definir qui forma el grup i quina responsabilitat té cadascun dels seus membres. La responsabilitat moral passa sempre per l'individu i les seves decisions, la qual cosa implica que la responsabilitat del grup és la suma de la responsabilitat dels individus, cadascú dintre de les seves possibilitats, és a dir, la seva capacitat i la seva eficàcia.

Ens imposen quelcom que és potencialment perillós per al pacient (gestió de l'agenda, treballar moltes hores, poc temps per pacient...)

Sovint les institucions implementen sistemes o eines de treball més centrades en l'avaluació d'objectius de processos que en l'atenció centrada en la persona. Aspectes

com la imprevisibilitat del temps que necessita un pacient o el cansament acumulat en la jornada laboral són difícils de plasmar a les agendes.

Reconèixer les perversions generades pels responsables en la programació de la nostra feina és un deure ineludible. No podem escudar-nos en una relació subordinada a l'autoritat (submissió) per treballar de forma poc segura.

Com s'ha de cuidar una segona víctima? Com hem d'actuar quan el professional se sent culpable?

Els esdeveniments adversos no són innocus per al professional. Pot desenvolupar sentiments d'ansietat, de culpa, dubtes sobre com informar el pacient, els companys i els caps; dubtes sobre la pròpia vàlua com a metge, i inseguretats. També pot tenir por de les conseqüències legals i del desprestigi entre els companys i en la institució. Tot això pot influir en la seva manera de treballar i de valorar les situacions clíniques d'altres pacients, fins i tot mitjançant el desenvolupament d'una medicina més defensiva, o sol·licitant més proves per vèncer les inseguretats, etc. A vegades, fins i tot, un professional que ha estat segona víctima pot decidir abandonar la professió²⁸.

Qui s'ha vist implicat en l'esdeveniment advers, com a actor, té el deure de respondre davant qui ha patit el dany, i també davant la resta de la societat amb la qual ha trencat la norma. No només se'n fa responsable, sinó que també se'n sent responsable. El sentiment de responsabilitat ens col·loca davant la vulnerabilitat, genera preocupació en sentir-nos causants d'aquest mal i mou, com a sentiment, el seu vessant racional perquè cerqui les maneres més eficaces de reparar o evitar el mal²⁹.

En els primers moments, els companys i les institucions poden ajudar a superar el malestar i proporcionar suport emocional. A més, el problema es pot afrontar centrant-se en l'error, intentant entendre'l i aprenent a gestionar les emocions. Les reunions amb familiars o pacients s'han identificat com una eina important per reduir l'impacte negatiu de l'esdeveniment en els metges²⁷.

Les institucions poden ajudar tot desenvolupant estratègies i programes de suport després de l'aparició d'un incident, facilitant la realització de sessions estructurades d'anàlisi retrospectiu amb professionals reconeguts i de prestigi que parlin dels seus errors i dels seus sentiments sobre els incidents i promovent l'empatia dins l'equip^{12,13}.

Acceptar-se a si mateix comporta vèncer la por que l'incident es torni a repetir. Hom se sent fal·lible i es volen desenvolupar mecanismes de superació personal i aprenentatge per poder continuar. La fal·libilitat no ens paralarà, no perquè ens sentim infal·libles, sinó perquè som conscients de la nostra fal·libilitat. La pròpia fal·libilitat serveix de motor per posar mesures preventives i xarxes de seguretat que ens ajudin a prevenir esdeveniments adversos.

Com continuar acompanyant si el pacient no accepta la reparació? I si el pacient ens porta a judici? Cal reparar sempre?

Perdonar és una transformació. El resultat final del perdó és que desaparegui el sentiment de culpa sense fer desaparèixer el passat. Obre un espai per redefinir les relacions socials entre les víctimes i la comunitat²².

La reconciliació és condició per a la convivència. Parteix del dret a conèixer la veritat de qui ha patit el dany i del deure de transmetre aquesta veritat per part de qui se'n fa responsable.

Tot i així, el perdó no és exigible²¹. Quan del procés assistencial en deriva un dany, en la millor de les situacions, la comunicació i la reparació inclou la recuperació de la confiança i, aleshores, la relació assistencial manté el vincle. En altres casos, tot i realitzar-se adequadament els processos de comunicació i reparació, el pacient pot sentir que el vincle de confiança s'ha trencat irreversiblement. En aquests casos s'ha de procurar un nou professional de referència per al pacient i intentar restaurar, si més no, la confiança en el sistema. En qualsevol cas, la reparació és ineludible i ha d'abastar tots els aspectes que hagin pogut resultar damnificats: psicològics, socials, econòmics o emocionals.

Actitud davant la tercera víctima

Les institucions sanitàries neixen del desig social de protegir un bé tan preuat com és la salut. La seva estructura està pensada per promoure i protegir aquest bé, tot i que a vegades, no ho aconsegueixin.

Les organitzacions es poden veure afectades per les accions insegures i els danys provocats per les persones que les formen, que ocasionen en la població una disminució de la confiança sobre la seva capacitat de cura. És en aquest sentit que les organitzacions són considerades la tercera víctima.

Cal que la comunicació dels danys es faci des del respecte per les institucions, ja que treballen per la salut, són beneficents i promouen l'equitat entre les persones, un bé superior a nivell de la justícia social.

Les institucions han de disposar de programes de suport i prevenció per a les víctimes segona i tercera, perquè, mentre no canviï la cultura de seguretat en el nostre entorn, seguiran patint les conseqüències de la judicialització i de les idees de culpa i de càstig que envolten els esdeveniments adversos ocorreguts en el marc de l'atenció sanitària.

La resposta de la institució a l'esdeveniment advers per no sortir desprestigiada hauria d'incloure assegurar la continuïtat en l'assistència del pacient, elaborar un pla terapèutic per mitigar els danys, estar present com a part implicada en la comunicació al pacient i els familiars, donar el suport i substituir els professionals sanitaris si fa falta, i afavorir la investigació i l'anàlisi d'allò que ha succeït.

La institució ha de vetllar per evitar que es repeteixin els esdeveniments adversos, hauria de proporcionar els espais necessaris per fomentar la reflexió i l'aprenentatge a partir de la seva anàlisi, així com formació en seguretat del pacient per als seus professionals i assegurar que els aspectes relacionats amb el funcionament de la institució que han contribuït a l'aparició de l'esdeveniment advers siguin reparats. En la responsabilitat de la institució s'hi troba emmarcat el principi de justícia.

Com podem treballar per prevenir els esdeveniments adversos?

Per justícia cal fer un estudi exhaustiu de l'esdeveniment i les seves circumstàncies per poder entendre per què s'ha produït i posar els mecanismes per evitar que es repeteixi.

En l'entorn sanitari, les converses sobre esdeveniments adversos són pràcticament inexistentes, així com les sessions clíniques a partir de les accions insegures i els danys produïts a l'equip. Tot i saber que les accions insegures són una constant en la nostra pràctica, no en parlem, i si ho fem, sovint és justificant-nos, o sentint-nos-en culpables.

Compartir els incidents té sentit tant des del punt de vista de prevenir la repetició de les accions insegures (no maleficència) com per poder rebre acompanyament emocional en cas que l'esdeveniment advers hagi commogut el professional implicat.

Aquest procés és una inversió de futur en tots els sentits: crea vincle amb els companys i ens permet ser més honestos amb nosaltres mateixos i acceptar la nostra vulnerabilitat com a professionals i persones.

Què hem de fer quan la institució és deslleial amb nosaltres?

Sovint les institucions no tenen en compte aquesta idiosincràsia de la nostra tasca i neguen l'esdeveniment advers o, quan això no és possible, adopten actituds punitives envers el professional. Això contribueix a fer que les accions insegures i danys siguin silenciats, per la por a les conseqüències.

Les actituds de càstig envers els professionals no eviten que els esdeveniments adversos es tornin a produir si es repeteixen les mateixes circumstàncies. Per la seguretat del pacient, el bé de la segona víctima i la protecció de la institució és el deure de tots promoure i garantir que es realitzin anàlisis sistemàtiques dels mecanismes afavoridors de l'esdeveniment advers i de totes les barreres que no van funcionar en la prevenció del dany, per entendre, així, per què va succeir. En absència de negligència, emprendre processos judicials contra els professionals sanitaris és contraproductiu perquè afavoreix la por i la no comunicació d'esdeveniments adversos.

És necessària la creació de programes de recolzament dels professionals sanitaris en relació amb els esdeveniments adversos¹³. La possibilitat que els professionals involucrats puguin compartir experiències en un entorn d'ajuda i confidencialitat pot

facilitar el debat obert, millorar la gestió de les emocions, preparar al professional per a la comunicació i millorar la seguretat del pacient. Els programes haurien d'incloure la realització de sessions estructurades d'anàlisi retrospectiva dels esdeveniments adversos, tant si han provocat dany com si no, amb la participació de professionals reconeguts i de prestigi que parlin dels seus errors i dels sentiments que van provocar en ells.

8. IDEES CLAU

- És inevitable que existeixin esdeveniments adversos, existeixen i continuaran existint. Cal un treball de comunicació i difusió d'aquesta realitat contraposada a les imatges mediàtiques d'infal·libilitat.
- Els esdeveniments adversos no són voluntaris i són multicausals. En la producció de dany intervenen tant els factors contribuents com les accions insegures i les fallades del sistema i dels mecanismes de defensa.
- Hem de ser conscients que, tot i no fer-ho voluntàriament, com a humans també ens equivoquem.
- És imprescindible una forta voluntat d'evitar els esdeveniments adversos i una aposta per la seguretat dels pacients amb les eines adequades. Això comporta establir mecanismes per detectar els incidents i apostar per l'anàlisi minuciosa i sistèmica amb la finalitat d'aprendre, millorar i prevenir-los.
- Analitzar els danys és estudiar la "cadena d'esdeveniments" que s'ha produït i ha tingut com a conseqüència l'esdeveniment advers. L'anàlisi és complexa i les responsabilitats són sempre compartides.
- Quan es produeix un dany, i encara més si és el resultat d'una acció insegura, el reconeixement i la reparació del dany infligit és un deure.
- Les organitzacions sanitàries haurien d'establir protocols àgils i procediments normalitzats d'anàlisi i reparació pels danys produïts en el marc de l'atenció mèdica, al marge dels jutjats, per facilitar-ne la seva visibilització.
- El reconeixement de les circumstàncies que han envoltat un esdeveniment advers, la seva comunicació als afectats i la compensació pel dany, si s'escau, són la clau per restaurar la confiança en el sistema.
- Cal sensibilització i és un pas endavant que els professionals expliquin els esdeveniments adversos. Cal un "ambient d'aprenentatge de la seguretat" i bons models en els equips humans que expliquin, analitzin i exposin les seves accions insegures i els possibles danys produïts.
- Així mateix, s'han d'establir estratègies per donar suport a la segona víctima, que és la persona que és, o se sent, responsable de l'esdeveniment advers.
- Ens cal ser crítics amb les institucions on treballem per evitar condicions de treball insegures.
- Cal que reclamem canvis legislatius (com ja tenen en altres països) perquè la declaració d'esdeveniments adversos resti blindada dins del sistema sanitari i no generi intervenció judicial.

9. CONSELLS PRÀCTICS

- Sigues conscient que humanament és impossible evitar l'existència d'esdeveniments adversos i que, malgrat tots els esforços, en seràs partícip en algun moment.
- Sigues amatent per identificar incidents.
- Acostuma't a dir "em sap greu el que t'ha passat". Cal disculpar-nos i responsabilitzar-nos del dany que ha rebut un pacient, tant si en som responsables com no.
- Explica al pacient afectat o a les persones properes els fets tal i com sincerament creus que han succeït.
- Quan es produeix un esdeveniment advers, cal analitzar-lo i encarar tot el que depèn de nosaltres, i comunicar a altres nivells el que depèn d'ells.
- Utilitza les eines de notificació de les accions insegures i incidents.
- Promou sessions sobre incidents en el si dels equips i participa-hi.
- Evita fer judicis sobre el que han fet els companys implicats en incidents. No culpabilitzis, analitza.
- Aprofita tots els esdeveniments que passin per aprendre.
- Exigeix a les direccions receptivitat i implicació no culpabilitzadora en l'abordatge dels esdeveniments adversos.

10. BIBLIOGRAFIA

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. [Consultat: 29 de gener 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. [Consultat: 29 de gener 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. [Consultat: 29 de gener 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. [Consultat: 29 de gener 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.] [Consultat: 29 de gener 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. [Consultat: 29 de gener 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 [Consultat: 29 de gener 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). [Consultat: el 25 de gener 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 [Consultat: 25 de gener 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. [Consultat: 29 de gener 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. [Consultat: 29 de gener 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 [Consultat: 29 de gener 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. [Consultat: 29 de gener 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. [Consultat: 29 de gener de 2019.] Disponible en: https://www.comb.cat/cat/colegi/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. [Consultat: 29 de gener 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 propera aparició. [Consultat: 29 de gener 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. [Consultat: 29 de gener 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. [Consultat: 29 de gener 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. [Consultat: 29 de gener de 2019.] Disponible en: <http://www.temasdepsicoanálisis.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.] [Citat: 29 de gener 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. [Consultat: 29 de gener 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. [Consultat: 29 de gener 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. [Consultat: 29 de gener de 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.] A: 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. [Citat: 29 de gener 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 [Consultat: 29 de gener 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. [Consultat: 29 de gener 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. [Citat: 29 de gener 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. [Citat: 29 de gener 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. [Consultat: 29 de gener de 2019.] Disponible en: <https://revistas.uosario.edu.co/index.php/sociojuridicos/article/view/470>

11. ANNEXOS

Annex 1. Definicions

La **seguretat dels pacients**, segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), és la reducció del risc de danys innecessaris relacionats amb l'atenció sanitària fins a un mínim acceptable, que fa referència a les nocions col·lectives dels coneixements del moment, els recursos disponibles i el context en què es presta l'atenció, ponderats davant del risc de no dispensar un tractament o de dispensar-ne un altre. És una condició imprescindible de la qualitat assistencial.

El **risc assistencial** és qualsevol situació no desitjable o factor que pot contribuir a augmentar la probabilitat que es produeixi dany, que està relacionat amb l'atenció sanitària rebuda i que pot tenir conseqüències negatives per als pacients.

L'**incident** és l'esdeveniment o circumstància que ha ocasionat o podria haver ocasionat un dany innecessari a un pacient.

Es calcula que per cada esdeveniment advers greu o cas sentinella, es produeixen 29 esdeveniments adversos menors i 300 incidents sense lesió (Heinreich HW. Industrial Accident Prevention. Nova York i Londres, McGraw-Hill Book Company, Inc., 1941.)

CLASSIFICACIÓ DELS INCIDENTS

1. No arriben al pacient

Circumstància notificable. Situació amb gran capacitat de causar dany, però en la qual no es produeix cap incident (p. ex., en una revisió de la consulta d'urgències es detecta que no funciona el desfibril·lador).

Quasiincident. Incident que no arriba al pacient (pacient hipertens, se li dona l'alta de l'hospital després d'una pròtesi de genoll sense medicació per a la hipertensió arterial [HTA]. Ho detecta el familiar i pren la medicació correctament, com abans de l'ingrés).

2. Arriben al pacient

Incident sense dany. Incident que arriba al pacient, però no causa cap dany apreciable (p. ex., pacient hipertens, se li dona l'alta de l'hospital després d'una pròtesi de genoll sense medicació de l'HTA. Als 2 dies va al metge de família, que ho detecta i reinicia la medicació correctament, com abans de l'ingrés, sense conseqüències).

Incident amb dany. Incident que produeix dany al pacient. S'anomena esdeveniment advers (p. ex., pacient hipertens, se li dona l'alta de l'hospital després d'una pròtesi de genoll sense medicació de l'HTA. Als 4 dies de l'alta ingressa de nou per un accident cerebrovascular amb hemiparèsia i tensió arterial: 200/110).

Dany. Detriment derivat de plans o mesures adoptades durant la prestació d'assistència sanitària o associat a aquests. No el causa una malaltia o lesió subjacent. Hi ha diferents graus d'afectació en un dany.

Graus d'afectació en un dany

Cap dany o insignificant. Incident que no va provocar cap dany al pacient.

Dany lleu. Incident que requereix observació addicional o tractament menor i que va produir un dany mínim al pacient.

Dany moderat. Incident que requereix un augment del tractament (pot incloure nova cirurgia, ingrés imprevist, temps addicional a l'hospital, trasllat a l'UCI...).

Dany greu. Incident que ha produït un dany permanent amb disminució de funcions corporals, sensorials, motores, psicològiques o intel·lectuals.

Mort (catastròfic). Incident que provoca la mort, no per l'evolució natural de la malaltia o la condició del pacient, sinó per l'incident.

Cas sentinella. És tot esdeveniment que hagi derivat en la mort del pacient o en la pèrdua permanent i important d'una funció, de caràcter imprevist i sense relació amb l'evolució natural de la malaltia o el trastorn subjacent del pacient. Sempre requereix un estudi en profunditat de totes les circumstàncies i situacions que s'han produït per prendre mesures correctores i evitar que es repeteixi el cas.

Primera víctima. És el pacient o la seva família que ha sofert directament les conseqüències d'aquest error.

Segona víctima. És el professional o professionals sanitaris implicats en l'error.

Tercera víctima. És la pròpia institució per a la qual es treballa, i a la qual pot comportar una pèrdua de confiança social i un cost econòmic.

L'**error** és el fet de no portar a terme una acció prevista segons es pretenia o d'aplicar un pla incorrecte. Els errors poden ser: per comissió (fer incorrectament), per omissió (no fer), de procés (planificació i organització de les activitats) i de capacitació (competència).

L'**error en la pràctica assistencial** és una acció desencertada o equivocada sense intenció.

La **fallada** és un defecte, interrupció o disfunció en els mètodes operatius, els processos o la infraestructura d'una organització.

Tipus de fallades

En el disseny de processos, de tasques i d'equips.

En l'organització i l'entorn (presència de precursors psicològics, com ara les condicions del lloc de treball, els horaris, etc.).

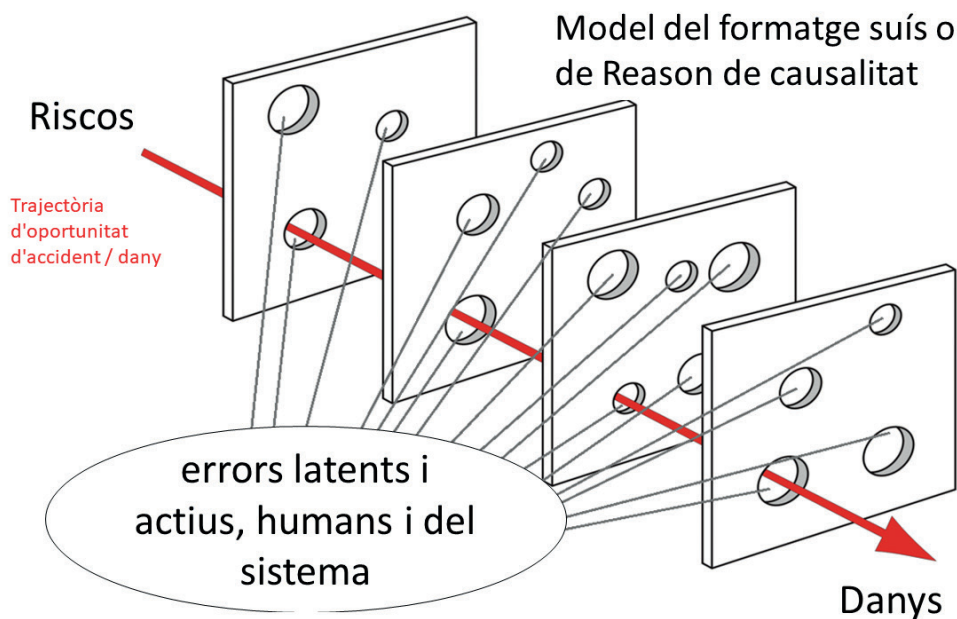
La **infracció** és el desviament deliberat de les normes o procediments operatius.

La **negligència** és un error difícilment justificable, ocasionat per desídia, abandonament, apatia, estudi insuficient, manca de diligència, omissió de precaucions degudes o falta de cura en l'aplicació del coneixement que hauria de tenir i utilitzar un professional qualificat. Error per manca d'atenció o de l'esforç requerit.

El **litigi** és la disputa tramitada davant d'un jutjat. Pot estar motivada per un desacord amb l'atenció rebuda o amb els seus efectes no desitjats (efectes adversos o complicacions).

Annex 2. Causes dels errors

Gairebé sempre que es produeix un error, s'apleguen diferents circumstàncies que, totes elles, fan que finalment s'esdevingui. El model de James Reason (conegut com el **model del formatge suís**), mostra gràficament la cadena de situacions que calen perquè hi hagi un esdeveniment greu.



Model del formatge suís de James Reason, pres d'<http://sano-y-salvo.blogspot.com>. Adaptat de Devidmack.

ETIOLOGIA

Hi ha molts motius i diferents situacions que poden influir i afavorir que es puguin cometre errors, i poden estar relacionats amb múltiples factors.

1. Capacitació dels professionals

- Formació no adequada ni específica per a la tasca que tinguin assignada.
- Experiència insuficient.
- Manca de capacitat explícita per a les tasques assignades.
- Manca de reconeixement de les limitacions.

2. Condicions de treball dels professionals amb deficiències

- **Ambientals:** lluminositat, temperatura, ventilació, nivell de soroll...
- **Estructurals:** espais, privacitat, circulacions...
- **Organitzatius:** ordenació d'agendes, temps assignat per pacient, previsió de les situacions no programables, possibilitat d'interaccionar i coordinar-se amb altres professionals i nivells assistencials, interrupcions, torns de treball, guàrdies massa llargues...
- **Personals del professional:** esgotament (no haver descansat el temps suficient), estrès, malaltia aguda física o emocional, malaltia crònica...
- **Derivades del mateix pacient:** informació equivocada, ocultació deliberada, incapacitat comunicativa...