

COMUNICACIÓN DEL ERROR EN LA ATENCIÓN SANITARIA: PERSPECTIVA DEL CIUDADANO EUROPEO

Priscila Giraldo

*Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar, Barcelona
IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas), Barcelona
Escuela Superior de Enfermería del Mar, Centro adscrito a la Universidad Pompeu Fabra, Barcelona
Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC)*

Xavier Castells

*Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar, Barcelona
IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas), Barcelona
Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC)
Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), Barcelona*

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Metodología del estudio. 3. Resultados. 4. Discusión. 5. Conclusiones finales. 6. Bibliografía.

RESUMEN

La comunicación y disculpa del error ocurrido en la atención sanitaria está ocupando un ámbito importante en la estrategia sanitaria de la seguridad del paciente. Instituciones europeas abogan a través de diferentes recomendaciones y políticas la necesidad de ser honestos con el paciente y/o sus familiares cuando un error es detectado. Sin embargo, numerosas barreras se han detectado cuando un profesional debe informar al paciente del error: temor a ser demandado, impacto social o la falta de herramientas comunicativas, así como la respuesta de los pacientes tras conocer el error. Es por ello preciso una investigación que aborde la percepción de ciudadanos europeos sobre la ocurrencia del error y, si éste ha sido informado o no.

El objetivo de este estudio es conocer la percepción de los ciudadanos europeos sobre si tras declarar haber sufrido un error, se recibió alguna información y/o disculpa por parte del equipo asistencial.

La metodología del estudio consiste en el análisis de la Encuesta Europea Eurobarómetro en la que se analizan diferentes cuestiones formuladas a los ciudadanos europeos sobre la comunicación y/o disculpa del error.

De los encuestados europeos que indicaron que habían sufrido un evento adverso y aquél fue informado, el 16,6% recibió una explicación del error y el 19,6% recibió una disculpa a raíz del error, bien de un profesional médico o de enfermería. 2 de cada 10 ciudadanos europeos que informaron la experiencia de un evento adverso recibieron una explicación y/o una disculpa sobre el incidente por parte de un profesional de la medicina o de enfermería.

Nuestro estudio mostró que menos de la mitad de los encuestados europeos informaron la experiencia del incidente. Además, aquellos ciudadanos del área geográfica anglosajona fueron más propensos a recibir una explicación y una disculpa del evento adverso por parte del equipo asistencial.

Aunque hay Recomendaciones Europeas que fomentan la comunicación del error, resulta no ser suficiente porque la realidad demuestra que la comunicación del error sigue siendo una práctica no habitual entre los profesionales.

Los hallazgos encontrados en nuestro estudio deberían influir en los responsables políticos europeos en la necesidad de seguir trabajando para fomentar la transparencia del fallo en la atención sanitaria.

PALABRAS CLAVE

Error, seguridad del paciente, comunicación, Europa.

1. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un problema de salud pública a nivel mundial. Estudios recientes han situado los errores que ocurren en la atención sanitaria como la tercera causa de muerte en Estados Unidos, por encima de las cifras de fallecidos por cáncer de mama y algo por debajo del cáncer de pulmón. Otras investigaciones cifraban la incidencia de eventos adversos en 9,2%, donde casi la mitad eran prevenibles.

Si se comparan las cifras de incidencia de eventos adversos en diferentes países encontramos como en Estados Unidos se han encontrado las incidencias más bajas, siendo la media de incidentes entre 2,9% y 3,7%. Al contrario que en Australia con una media de incidentes adversos de 16,6%. En España, se situó la incidencia media en 9,3%.

En este sentido, se trata de mejorar la calidad del sistema sanitario mediante la disminución de circunstancias que puedan causar daño al paciente y seguir fomentando la seguridad de los pacientes con la finalidad de disponer de centros sanitarios más seguros. Ciertamente el escenario sanitario se ha complicado.

No obstante, a pesar de que la investigación sobre las causas y la evaluación del impacto de la prevención de nuevos errores está creciendo, es más incipiente la investigación en torno a qué, cómo y quién debe comunicar los eventos adversos a los pacientes y/o sus familiares.

La comunicación y la disculpa son aspectos muy importantes cuando se produce un error médico. Los pacientes tienen derecho a saber qué va a pasar y qué está pasando. Desde un punto de vista relacional, es importante porque la honestidad y la franqueza es la

base de la confianza, y la confianza es la base de la relación médico/paciente.

Múltiples factores inhiben a los profesionales de la salud de la comunicación del error cuando éste se produce: temor a ser demandado judicialmente, el impacto en su reputación, el sentimiento de culpabilidad, la falta de herramientas comunicativas o el impacto en los medios de comunicación. En este sentido, se introdujo el concepto de “segundas víctimas” en referencia al impacto emocional que padecen los profesionales sanitarios que se han visto envueltos en un error. En consecuencia, la comunicación con los pacientes es un proceso difícil, en muy poco tiempo se ha pasado de la confianza del paciente en su médico al desencuentro y la desconfianza manifiesta. El profesional sanitario (y el sistema sanitario en su conjunto) reacciona con ocultación.

A menudo cuando se habla de la divulgación de los errores médicos se evidencia que estas palabras pueden transmitir una sensación de que los profesionales están obligados a decir algo que preferirían mantener en secreto. Algunos países han abandonado el término por completo a favor de un concepto más amplio de “estar abierto”. De esta manera, usando términos proactivas como “comunicación” y “transparencia” se podrían evitar connotaciones negativas y transmitir una declaración más positiva sobre la cultura sanitaria organizacional.

El término salud implica algo más que una sencilla interacción uno a uno entre un paciente y un médico donde casi siempre involucra a muchos más miembros de un equipo asistencial. Como tal, las conversaciones con los pacientes y las familias, y la divulgación de los eventos adversos y errores, tienen que ser abordadas como un esfuerzo coordinado en el que exista un apoyo institucional respaldado ética y legalmente. La oportunidad de aprender de lo ocurrido, y por lo tanto, poder prevenir problemas similares en el futuro, también se extiende más allá de la índole clínica. Las instituciones pueden corregir las causas fundamentales subyacentes a nivel del sistema, educar a los profesionales a informar a los pacientes a través de un adecuado soporte institucional y continuar así, trabajando por la cultura de la seguridad del paciente.

En cuanto a la disculpa, si bien no significa necesariamente “arreglar” el problema, una disculpa puede dar a los pacientes perjudicados empoderamiento y validación en un momento en que se sienten particularmente vulnerables e impotentes.

En Europa no existen estudios que evalúen si se está informando a pacientes y familiares de posibles errores, así como el proceso que se está llevando a cabo cuando sí se informa a éstos. En este sentido, la Comisión Europea ha formulado un área de trabajo fundamental para seguir avanzando en obtener una práctica clínica más segura: la elaboración de directrices para la información al paciente sobre los fallos y la calidad asistencial.

Actualmente, múltiples Recomendaciones dentro de los países europeos y las propias instituciones europeas abogan por la transparencia del error, motivando a los profesionales de la salud a ser sinceros con los pacientes cuando ocurre el error.

En esta línea, numerosos investigadores, gestores y profesionales del ámbito de la salud han puesto de manifiesto la necesidad de aportar un mayor conocimiento sobre cómo comunicar un evento adverso/error/incidente relacionado con la práctica asistencial. Tras la implementación en el año 2001 de las políticas mundiales en torno a la seguridad del paciente se hace cada vez más necesario aportar a estas iniciativas, la respuesta a cuestiones tan importantes como qué, quién y cómo se debe comunicar tras un evento adverso teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los pacientes. Así como, el contenido y alcance de la disculpa tras un evento adverso, si ésta es necesaria, sin temor de posibles represalias a través de demandas judiciales.

Como ejemplos de experiencias internacionales encontramos el sistema desarrollado por el Estado de Michigan (EEUU). Su programa de transparencia del fallo se apoya en la identificación del error y posterior comunicación del mismo al paciente y/o familiares, ofrecen una compensación económica al paciente perjudicado ahorrando trámites y costes judiciales. Si observamos experiencias europeas en torno a cómo se gestiona la información de los errores hacia pacientes y familiares, encontramos la iniciativa del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido. Su política "Ser Abierto" en 2005 dio un paso importante adoptando una política hacia la transparencia del error. A partir de entonces, existe la obligación legal para los profesionales sanitarios de disculparse y explicar qué ha sucedido después de que suceda un error de la atención clínica del sistema inglés.

En este sentido, los expertos defensores de la seguridad de los pacientes apuestan por la necesidad de un mecanismo normativo europeo que ofrezca protección a los médicos mientras se preservan las

relaciones médico-paciente, con independencia de las iniciativas que se están adoptando en los países miembros.

Sin embargo, no hay evidencia científica sobre si la creación de estas regulaciones han mejorado las comunicaciones entre médicos y pacientes, si el número de disculpas ha aumentado o el impacto en las políticas de seguridad del paciente en estos Estados.

Conocer la percepción de los ciudadanos en torno a si se están comunicando los errores o si una disculpa ha sido proporcionada a raíz del error, puede ofrecer la base para seguir desarrollando políticas sanitarias y legales dirigidas a mejorar la cultura del paciente y, por ende, a crear centros sanitarios más seguros.

El objetivo de este estudio fue conocer si los ciudadanos europeos han sido informados de un evento adverso, así como si alguna disculpa fue dada en torno a estos incidentes.

2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Analizamos los datos de la encuesta Eurobarómetro sobre la seguridad de los pacientes y la atención de calidad (noviembre-diciembre de 2013). La encuesta Eurobarómetro se encuentra financiada por la Comisión Europea y el trabajo de campo se llevó a cabo entre noviembre y diciembre de 2013.

Esta encuesta se llevó a cabo en los 28 estados miembros de la Unión Europea y se realizaron entrevistas a 27.9191 ciudadanos europeos.

La percepción de la experiencia de un evento adverso se midió con la pregunta: "¿Alguna vez usted o un miembro de su familia ha sufrido un evento adverso al recibir atención sanitaria?" Con dos respuestas posibles "Sí" o "No". Si el participante declaró tener una experiencia de evento adverso, se realizaron las siguientes dos preguntas: 1) "¿Usted o el miembro de su familia involucrada lo reportó?" Con dos respuestas posibles "Sí" o "No"; ¿Qué sucedió después de que usted o el miembro de su familia involucrada informaran de este incidente? "Hubo múltiples respuestas posibles, pero sólo analizamos las siguientes respuestas:" el médico/ enfermera se disculpó "y/o" una explicación del error fue proporcionada por el centro sanitario".

3. RESULTADOS

En Europa, un 27,2% de los encuestados aseguró haber sufrido un evento adverso relacionado con la atención sanitaria recibida.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) que evidenciaron una mayor notificación de la experiencia de un evento adverso según grupo de edad (15-34 y 35-64 años), sexo (mujeres), nivel educativo (16-19 y 20 años de formación), dificultad para pagar facturas (la mayoría de las veces) y zona europea (continental, anglosajona y nórdica).

Encontramos que de los ciudadanos europeos que han sufrido un evento adverso, el 46,1% de ellos lo informó. El perfil de los encuestados europeos que reportaron la experiencia de un evento adverso fue de un hombre con un bagaje formativo de entre 16 y 19 años y procedente del área geográfica anglosajona.

Si analizamos el área geográfica en la que se produjo el incidente, el 47,6% de los encuestados experimentó el evento adverso en otro país fuera de Europa. Del 46,4% (7.606 ciudadanos europeos) de los encuestados informaron que experimentaron un evento adverso en su propio país.

De acuerdo con el área geográfica, los encuestados del área continental informaron más la experiencia de un evento adverso que aquellos ciudadanos encuestados del área oriental.

De los encuestados europeos que indicaron que habían sufrido un evento adverso y aquél fue informado, el 16,6% recibió una explicación del error y el 19,6% recibió una disculpa a raíz del error, bien de un profesional médico o de enfermería.

Se identifica una proporción importante de trabajadores por cuenta propia que fueron informados del fallo, sin embargo estos hallazgos no son estadísticamente significativos. Además, el 41,7% de los ciudadanos informados recibieron la información desde otro país europeo al suyo de procedencia.

Con respecto a una disculpa a raíz del error, el 19,6% de los ciudadanos europeos encuestados recibieron una disculpa, bien de un profesional médico o de enfermería. Si analizamos por sexo, el 19,4% eran hombres y el 19,8% eran mujeres sin diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,852$). Hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los

grupos de edad (con 15-34 años de edad) y según dificultades económicas ($p < 0,05$). Según la categoría social, el 21,7% de los encuestados que recibieron una disculpa del evento estaban empleados y el 20,4% tenían entre 16-19 años de formación educativa.

La proporción mayoritaria que recibió una disculpa después de un evento adverso fue del área anglosajona (29%), mientras que la zona sur proporcionó menos disculpas después de experimentar algún evento adverso a raíz de la atención sanitaria.

4. DISCUSIÓN

2 de cada 10 ciudadanos europeos que informaron la experiencia de un evento adverso recibieron una explicación y/o una disculpa sobre el incidente por parte de un profesional de la medicina o de enfermería.

Nuestro estudio mostró que menos de la mitad de los encuestados europeos informaron la experiencia del incidente. Además, aquellos ciudadanos del área geográfica anglosajona fueron más propensos a recibir una explicación y una disculpa del evento adverso por parte del equipo asistencial.

En nuestro análisis, los encuestados más jóvenes fueron los que reportaron más su experiencia tras haber sufrido un incidente durante su atención sanitaria. Esto podría sugerir que tienen menos miedo de reportar un incidente causado por la atención sanitaria con respecto a ciudadanos de mayor edad, así como más conocimiento en torno a sus derechos sobre la atención recibida. Sin embargo, para poder sustentar esta hipótesis se necesitaría profundizar en una nueva investigación que pueda abordar esta cuestión.

A pesar de las Recomendaciones Europeas que abogan por informar la ocurrencia de los errores de la atención sanitaria, la mayoría de estados miembros, así como sus respectivas organizaciones sanitarias deben evaluar qué eventos adversos requieren una disculpa y cuáles no.

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que muestra por primera vez la experiencia de ciudadanos europeos no sólo sobre su experiencia en torno a un incidente relacionado con la atención sanitaria, sino además, si han recibido información por parte del equipo asistencial en torno a este incidente.

Sin embargo, estos hallazgos apoyan los encontrados en otros estudios norteamericanos que investigan la información y la disculpa a raíz de los eventos adversos. Por ejemplo, una revisión exhaustiva de la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes mostró que hay una brecha entre la práctica ideal (y que se pretende conseguir) y la realidad de la práctica clínica. En este sentido, se tiene la creencia de la falta de la práctica en la información al paciente sobre la existencia o causas del error en la práctica clínica.

Por otra parte, el Estado de Kentucky y la Universidad de Michigan revelaron en diferentes investigaciones una disminución en el coste económico de la litigación después de la implementación de un programa de comunicación y disculpa del error, pero no mostraron la prevalencia real del número de disculpas proporcionadas por el equipo asistencial (20, 29). Una investigación realizada en el Centro de gestión de riesgos asistenciales de Harvard mostró que en 46 de las 434 reclamaciones recibidas por negligencia médica que implicaban errores médicos se proporcionó una información del mismo.

Nuestro estudio muestra que la información del error fue muy poco frecuente entre los ciudadanos europeos. Las explicaciones plausibles incluyen una disminución en la práctica médica de revelar y disculparse por los fallos, a pesar de las Recomendaciones Europeas como de las políticas estipuladas por la Organización Mundial de la Salud que defienden la transparencia del fallo en la atención sanitaria.

La implementación de una cultura de comunicación y disculpa del error en la comunidad asistencial conlleva mucho tiempo y supone abordar barreras tanto culturales, legales como herramientas comunicativas en los profesionales de la salud. Debemos seguir trabajando en varias estrategias para implementar las iniciativas en torno a la comunicación y disculpa. Las cuestiones jurídicas relacionadas con la información que se debería prestar a los pacientes sobre los errores deben ser resueltas por los países miembros más aún cuando se sigue sabiendo que una de las barreras para informar del error es el temor de los profesionales sanitarios a ser demandado judicialmente.

Aunque hay Recomendaciones Europeas que fomentan la comunicación del error, resulta no ser suficiente porque la realidad demuestra que la comunicación del error sigue siendo una práctica no habitual entre los profesionales. El apoyo de las instituciones

europeas a los países es fundamental para alentar a un cuerpo legal con el fin de proteger a los profesionales sanitarios cuando informan a los pacientes y/o familiares sobre los errores de la atención sanitaria.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que si analizamos los factores contribuyentes de los errores, muchos de ellos se deben a causas sistemáticas y no tanto al factor humano. En este sentido, un programa de comunicación y/o disculpa del error debe ir acompañado de iniciativas en torno a la formación de médicos y enfermeras sobre habilidades comunicativas que tengan como objetivo el abordaje de una comunicación efectiva y adecuada. En esta línea, las instituciones europeas también pueden jugar un papel fundamental.

Además, necesitamos entender mejor las expectativas del paciente, con respecto a las cuestiones relacionadas en torno a la información del fallo. Los pacientes no sólo quieren saber qué ha pasado en torno a un error, sino además, las soluciones que se van a llevar a cabo para evitar que vuelva a suceder. En este sentido, las asociaciones de pacientes podrían ayudar a tender puentes entre pacientes y profesionales de la salud al incluir a ambos actores en la planificación y puesta en marcha de soluciones en torno a este campo.

Los ciudadanos deben recibir una explicación de cualquier fallo que tenga consecuencias para su salud porque la falta de información sobre la práctica de la atención sanitaria en incluso la ocultación en algunos casos, puede hacer disminuir la confianza de la población en el sistema de salud.

Los hallazgos encontrados en nuestro estudio deberían influir en los responsables políticos europeos en la necesidad de seguir trabajando para fomentar la transparencia del fallo en la atención sanitaria.

En nuestro estudio se podrían identificar varias limitaciones que pueden afectar a su interpretación. En primer lugar, una limitación importante del estudio es que todos los datos fueron auto-reportados y, como tales, subjetivos a errores de clasificación, por lo tanto, sólo podemos comentar las percepciones de los ciudadanos europeos. En segundo lugar, el análisis sobre la comunicación y la disculpa después de un evento adverso se basa en la experiencia reportada por los ciudadanos. Por lo tanto, si el ciudadano experimentó un evento adverso pero no lo reportó, no sabemos si recibió alguna explicación por parte del equipo asistencial.

5. CONCLUSIONES FINALES

En conclusión, nuestro estudio encontró que una pequeña proporción de ciudadanos europeos recibió una explicación y/o disculpa después de experimentar un evento adverso, a pesar de haber sido reportado por el propio ciudadano.

Por lo tanto, las políticas de salud europeas en torno a la comunicación del error asistencial deben seguir trabajando a través de otras iniciativas porque es una cuestión que sigue sin resolverse.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Makary MA, Daniel M. Medical error — the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;2139:1–5.
- Thomas EJ, Brennan T A. Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 2000;320(7237):741–4.
- Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*. 2000;38:261–71.
- Baker GR, Norton PG, Flintoft V et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*. 2004;170(11):1678–86.
- De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(3):216–23.
- Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: Results of the Spanish national study of adverse events (ENEAS). *Int J Qual Heal Care*. 2009;21(6):408–14.
- Mira JJ, Lorenzo S. Something is wrong in the way we inform patients of an adverse even]. *Gac Sanit*. 2015;29(5):370–4.
- Gillon R. “Primum non nocere” and the principle of non-maleficence. *Br Med J*. 1985;291(6488):130–1.
- Kaldjian LC, Jones EW, Rosenthal GE. Facilitating and impeding factors for physicians’ error disclosure: A structured literature review. Vol. 32, *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2006. p. 188–98.
- De Wit ME, Marks CM, Natterman JP et al. Supporting second victims of patient safety events: shouldn’t these communications be covered by legal privilege? *J Law Med Ethics*. 2013;41(4):852–8.
- Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ et al. To Tell the Truth. *J Gen Intern Med [Internet]*. 1997;12(12):770–5.
- O’Connor E, Coates HM, Yardley IE et al. Disclosure of patient safety incidents: A comprehensive review. *Int J Qual Heal Care*. 2010;22(5):371–9.
- Mastroianni AC, Mello MM, Sommer S et al. The flaws in state “apology” and “disclosure” laws dilute their intended impact on malpractice suits. *Health Aff*. 2010;29(9):1611–9.
- Mello MM, Boothman RC, McDonald T et al. Communication-and-resolution programs: The challenges and lessons learned from six early adopters. *Health Aff*. 2014;33(1):20–9.
- Mello MM, Gallagher TH. Malpractice Reform-Opportunities for leadership by health care institutions and liability insurers. *The New England Journal of Medicine*. 2010. p. 1353–6.
- Wei M. Doctors, Apologies, and the Law: An Analysis and Critique of Apology Laws. *J Health Law*. 2006;40(1):107–59.
- Risso-Gill I, Legido-Quigley H, Panteli D et al. Assessing the role of regulatory bodies in managing health professional issues and errors in Europe. *Int J Qual Health Care*. 2014;26(4):348–57.
- Koskeniemi M. The Politics of International Law - 20 Years Later. *Eur J Int Law [Internet]*. 2009;20(1):7–19.
- England NPSA of. Quarterly, National Patient Safety Agency. National reporting and learning system data summary [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/>

- Lewis RQ, Fletcher M. Implementing a national strategy for patient safety: lessons from the National Health Service in England. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(2):135–9.
- Cassese A. International Law. Falk RA, Kratochwil F V, Mendlovitz SH, editors. *Int Law*. 2001;496.
- Special Eurobarometer 411 Patient Safety and Quality Care. 2014. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/patient_safety/eurobarometers/ebs_411_en.
- Europea. Report from the Commission to the council on the basis of Member States' reports on the implementation of the Council Recommendation (2009/C 151/01) on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections.
- Giraldo P, Sato L, Castells X. The impact of incident disclosure behaviors on medical malpractice claims. *J Patient Saf*. 2016.
- Bell SK, White AA, Yi JC et al. Transparency When Things Go Wrong : Physician Attitudes About Reporting Medical Errors to Patients. 2015;00(00):1–6.
- Mileder LP. Addressing Patient Safety Through Dedicated Simulation-based Training. *Am J Med*. 2014;127(12):e25.
- Henriksen K, Oppenheimer C, Leape LL, et al. Envisioning Patient Safety in the Year 2025 : Eight Perspectives. *Agency Healthc Res Qual*. 2013;3–15.
- Dykes PC, Samal L, Donahue M, et al. A patient-centered longitudinal care plan: vision versus reality. *J Am Med Informatics Assoc*. 2014;21(6):1082–90.