

EVENTOS ADVERSOS SERIOS

Gestión de Crisis

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Cía, de Seguros

>>> ■ Para cualquier director de una institución de salud, no debe existir un llamado, un mail o un mensaje de texto más preocupante que aquel que dice: “Lamento interrumpirlo, tenemos un problema grave en quirófano. Acabamos de extirpar el riñón equivocado”. Todos los días, ocurren en el sistema de salud eventos adversos clínicos serios como resultado de fallas de sistema, errores humanos, complicaciones extrañas u otras causas. Algunos casos son trágicos y llevan a serios daños físicos y psicológicos o incluso a la muerte de uno o más pacientes, afectando también a sus familias, a los profesionales de la salud, a la comunidad y a la organización. Cuando estas situaciones ocurren, los ánimos se alteran y las preguntas comienzan a dispararse en todas direcciones: ¿Qué es lo que sabe la familia? ¿Quién fue? ¿Qué fue lo que pasó exactamente? ¿Qué podemos decir? ¿Se sabe si alguien fue a los medios?

¿Qué se entiende por evento adverso serio?

Los especialistas en seguridad del paciente coinciden en las características que tiene que tener un evento adverso para ser considerado “serio”. Los hechos deben ser claros, no ambiguos y el daño ocasionado debe ser grave. Asimismo, para ser categorizado como serio, el evento debe ser entera o mayormente prevenible e indicativo de un problema en los sistemas de seguridad de los pacientes de la institución. Se trata del tipo de eventos que pueden afectar la credibilidad pública de la organización de salud y que suelen generar responsabilidad. Adicionalmente, los mismos deben ser claramente identificables y mensurables

y por lo tanto factibles de ser incluidos en un sistema de reporte. La naturaleza de estos eventos es tal que el riesgo de su ocurrencia se ve significativamente influido por las normas y procedimientos de la organización. El National Quality Forum (NQF) de los Estados Unidos, organización sin fines de lucro dedicada a la calidad de la atención y a la medición de desempeño acaba de lanzar a fines de 2011 la segunda edición de un documento de consenso con una lista de 29 eventos adversos serios reportables que cumplen con los requisitos mencionados. Los mismos están agrupados en 7 categorías (ver Cuadro 1).

El documento, de lectura recomendable, contiene para cada evento especificaciones adicionales, guías de implementación y ámbitos de aplicación. La presencia de un evento en la lista no significa un juicio a priori ni de fallas de sistemas ni de una atención deficiente. Sí se espera que los mismos sean identificados precozmente y analizados para determinar sus causas y los factores que contribuyeron a su ocurrencia.

No llama la atención que muchos de los eventos incluidos en este listado coincidan con los incidentes que las Compañías de Seguros de Responsabilidad Profesional solicitan a sus clientes que sean notificados de inmediato para un adecuado manejo de los mismos. Además de los objetivos de aprendizaje de los errores y mejora continua de la calidad de la atención y de la seguridad de los pacientes cada una de estas situaciones pueden ser potencialmente compensables y tener un impacto económico fuerte en la institución de salud.

Cuadro 1**NQF: LISTADO DE EVENTOS SERIOS REPORTABLES EN LA ATENCIÓN DE SALUD. ACTUALIZACIÓN 2011****1. Eventos vinculados a cirugías o procedimientos invasivos**

- A. Cirugía u otro procedimiento invasivo realizado en el sitio equivocado.
- B. Cirugía u otro procedimiento invasivo realizado en el paciente equivocado
- C. Equivocación en el tipo de cirugía o procedimiento invasivo realizado a un paciente
- D. Retención no intencional de un cuerpo extraño en un paciente luego de una cirugía o procedimiento invasivo (Oblitos)
- E. Muerte de un paciente ASA1 durante la cirugía o el procedimiento o en el post operatorio/procedimiento inmediato.

2. Eventos vinculados a productos o dispositivos médicos

- A. Muerte del paciente o daño grave asociado a la utilización de medicamentos, dispositivos o productos biológicos contaminados provistos por la institución.
- B. Muerte del paciente o daño grave asociado a la utilización de un dispositivo con una función diferente a la especificada por el fabricante.
- C. Muerte del paciente o daño grave asociado a embolia gaseosa intravascular mientras el paciente se encontraba atendido en la institución.

3. Eventos vinculados a la protección de los pacientes

- A. Alta de internación con entrega de un paciente incapaz de tomar decisiones a personas no autorizadas.
- B. Muerte o daño grave asociado a la desaparición ("fuga") de un paciente.
- C. Suicidio, intento de suicidio o autoagresión que resulta en daño grave mientras el paciente se encuentra bajo el cuidado de la institución.

4. Eventos vinculados a la atención de los pacientes

- A. Muerte del paciente o daño grave asociado a un error de medicación (error de droga, de dosis, de paciente, de vía, de preparación, etc.)
- B. Muerte del paciente o daño grave asociado a la administración insegura de sangre o hemoderivados.

C. Muerte materna o daño grave asociado al trabajo de parto o parto en un embarazo de bajo riesgo seguido en la institución.

D. Muerte del recién nacido o daño grave asociado al trabajo de parto o al parto en un embarazo de bajo riesgo.

E. Muerte del paciente o daño grave asociado a una caída mientras estaba siendo atendido en la institución.

F. Cualquier úlcera por decúbito estadio 3, 4 o inclasificable adquirida luego de la admisión del paciente a la institución

G. Fertilización asistida con el espermatozoides o embrión equivocado.

H. Muerte del paciente o daño grave resultante de la pérdida irrecuperable de un espécimen biológico insustituible.

I. Muerte del paciente o daño grave resultante de la falta de seguimiento o comunicación de resultados de laboratorio, de anatomía patológica o de estudios radiológicos.

5. Eventos ambientales

A. Muerte o daño grave del paciente o de personal de salud, asociado a shock eléctrico durante el proceso de atención en la institución.

B. Cualquier incidente en el cual el sistema de suministro de oxígeno y otros gases indicados para el paciente no contenga oxígeno o bien contenga otro gas o se encuentre contaminado por sustancias tóxicas.

C. Muerte o daño grave del paciente o de personal de salud asociado a quemaduras de cualquier fuente durante el proceso de atención.

D. Muerte del paciente o daño grave asociado al uso de medios de contención física o barandas de las camas durante el proceso de atención.

6. Eventos radiológicos

A. Muerte o daño grave del paciente o de personal de salud asociado a la introducción de un objeto metálico en el área de resonancia magnética.

7. Eventos potencialmente criminales

A. Cualquier nivel de asistencia prestada por un falso profesional de la salud dentro de la organización.

B. Secuestro de un paciente de cualquier edad.

C. Abuso sexual de un paciente o de algún miembro del personal dentro o en las inmediaciones de la institución.

D. Muerte o daño grave del paciente o de algún miembro del personal resultante de violencia física dentro o en las inmediaciones de la institución.

Cómo prepararse para un evento adverso serio

Cualquier institución de salud se encuentra expuesta a la ocurrencia de eventos graves que pudieron mayormente prevenirse. En la crisis que suele devenir, lo que diferencia en forma positiva o negativa a las organizaciones es su cultura de seguridad, el rol que asumen ante la situación los directivos, la existencia planes de acción diseñados por anticipado para el manejo de estos eventos y el establecimiento balanceado de prioridades entre las necesidades del paciente y su familia, del staff profesional y de la institución. También se suele marcar una diferencia positiva si las acciones inmediatas y continuadas integran elementos de empatía, revelación, apoyo, evaluación, resolución, aprendizaje y mejora continua. Los riesgos de no responder a un evento adverso serio de manera oportuna y efectiva incluyen pero no se limitan a la pérdida de confianza entre los pacientes (no sólo en aquellos directamente involucrados, sino en toda la población de pacientes), al envío de mensajes confusos al personal acerca del compromiso real de la institución con la calidad y la seguridad, la falta de aceptación y recuperación, la pérdida de una oportunidad de aprendizaje y mejora, la mayor probabilidad de sanciones regulatorias o juicios por responsabilidad profesional y la exposición mediática.

Cuando estos eventos son notificados, ya sea a las autoridades de la institución o a las compañías de seguros, los distintos reportes tienen un patrón bastante característico:

- El profesional de la salud que cometió el presunto error se encuentra devastado
- Las historias suelen ser similares, no importando cuán diferentes puedan ser los detalles
- La respuesta institucional al evento adverso serio suele improvisarse. No se parte de un plan de manejo de crisis escrito y testeado.
- El estilo de respuesta es altamente reactivo y el abordaje no es balanceado entre las necesidades

del paciente/familia, personal involucrado e institución.

- La respuesta inicial suele subestimar el potencial de daño para todas las partes involucradas.

En NOBLE muchas veces nos encontramos con pacientes, familiares y profesionales de la salud que se encuentran razonablemente enojados y frustrados, a menudo por muchos años, por la falta de resolución y cierre y por el tratamiento irrespetuoso que recibieron luego de la ocurrencia de un daño prevenible o de una evolución no esperada.

Como no todas las situaciones de crisis son iguales, no puede haber una receta universal que aplique para todas las situaciones. Cada evento es diferente, como lo son cada profesional, cada paciente o cada familia. Al mismo tiempo, hay elementos y dimensiones muy consistentes que deberían ser consideradas en todos los casos en la primera hora, día, semana y mes que le sigue al evento y durante el viaje hacia la resolución definitiva.

En un marco en el que la sociedad exige cada vez mayor transparencia, las acciones de la organización en respuesta a un evento adverso, particularmente durante las primeras 24 hs, determinarán frecuentemente que los pacientes y sus familias se encuentren o no con las respuestas y el apoyo que necesitan,

Los especialistas en gestión de crisis en otras actividades sugieren los siguientes pasos claves: reconocer la crisis, contener la crisis, resolver la crisis y aprender de la misma (en el planeamiento del manejo de crisis la estrategia final consiste en evitar tanto el daño como la crisis).

El movimiento mundial por la seguridad del paciente destina considerable tiempo a la prevención de eventos dañosos y esos esfuerzos deben continuar. Sin embargo, las falencias de los sistemas de salud actuales, las tasas de errores publicadas y la seriedad de los daños producidos por prácticas inseguras determinan que la estrategia basada

únicamente en la prevención sea insuficiente. Cada organización debe anticipar la posibilidad de sufrir un evento de esta naturaleza y desarrollar un plan de respuesta que minimice los daños y reduzca las pérdidas.

¿Por qué involucrar a la aseguradora de responsabilidad profesional desde el primer minuto de la crisis?

El mencionado movimiento de los últimos años por la seguridad de los pacientes y la calidad de atención impone cada vez mayor presión sobre los médicos e instituciones de salud para ser más honestos y abiertos con los pacientes acerca de los errores cometidos en su atención. Existe un amplio consenso en la deontología médica actual que considera deseable la revelación del error (“Disclosure” en inglés) e incluso algunos reguladores en los Estados Unidos han comenzado a requerirla. A las razones éticas de peso que se exponen para obrar de esta manera, se suelen agregar las experiencias de otras actividades como la aviación comercial y la ingeniería nuclear que sugieren que la franqueza ante el error resulta esencial para el desarrollo de estrategias de prevención efectivas.

Sin embargo, este llamado a la transparencia y al reconocimiento de los errores y de los daños provocados se contrapone con el abordaje tradicional de los administradores de riesgos en salud, ya sean de los hospitales o de las compañías de seguros que enfatizan la prudencia, el mínimo comentario e incluso el encubrimiento. De hecho, las pólizas de las aseguradoras de responsabilidad profesional específicamente prohíben a los asegurados efectuar ninguna confesión, aceptación de hechos —con la única excepción de aquellos realizados en la interrogación judicial—, oferta, promesa, pago o indemnización sin el previo consentimiento por escrito de la aseguradora. El incumplimiento de esta carga del asegurado puede hacerlo incurrir en caducidad de cobertura.

Debe tenerse en cuenta entonces que el cumplimiento del mandato ético de revelación de lo

ocurrido y eventuales disculpas tiene también una gran implicancia en las finanzas de la institución, pudiendo esta quedar desprotegida si no se trabaja en forma coordinada y rápida con la compañía de seguros ante un evento adverso serio. Se debe poder contar con la respuesta de los equipos médico-legales de estas últimas las 24 hs. los siete días de la semana, ya que ante hechos de franca negligencia la respuesta más adecuada suele incluir el ofrecimiento de una compensación extrajudicial en forma rápida y la participación de la compañía de seguros desde el primer minuto resulta vital.

Actualmente se debate cómo impactará, en caso de transformarse en una práctica generalizada, la revelación de los daños ocasionados por errores médicos sobre los juicios por mala praxis. Una corriente de avanzada sostiene que la visión tradicional es incorrecta, y que el encubrimiento no sólo no evita juicios sino que los alimenta al aumentar las suspicacias y el enojo de los pacientes ante la falta de honestidad acerca de lo ocurrido. La noción de la revelación como una herramienta de control de riesgos efectiva se basa en la creencia de que algunos pacientes que podrían demandar no lo harán si existe una revelación rápida y honesta de lo ocurrido, manifestando el pesar por la situación. Algunos no lo harían porque comprenderían que cualquiera puede cometer un error, otros se sentirían menos propensos a demandar a un prestador honesto o bien ambas cosas. Esta corriente también propone que ante la verdad el enojo de los pacientes y sus familias será menor y que los eventuales reclamos se cerrarán con un menor costo.

Otra corriente, liderada por investigadores de la Escuela de Salud Pública de Harvard invita a considerar la consecuencia opuesta: luego de ser confrontados con información acerca del daño sufrido y de sus causas, muchos pacientes que no hubieran demandado pueden comenzar a plantearse. No existen a la fecha investigaciones firmes que evalúen el impacto de la revelación en la “disuasión” o “inducción” de reclamos por responsabilidad profesional. El escepticismo de estos investigadores acerca de los beneficios de la revelación sobre “industria de la mala praxis” se

basa en hallazgos de investigaciones previas: la inmensa mayoría de los pacientes dañados por negligencias médicas no demandan porque no se dan cuenta de que su lesión se debe a un error o negligencia. Muchos creen que su mala evolución se debe a complicaciones de su enfermedad de base o que se deben a efectos adversos esperados de su tratamiento. Otros se dan cuenta de que han sufrido un evento adverso pero no lo atribuyen a una atención por debajo de los estándares aceptables. Se estima que aproximadamente 8 de cada 10 lesiones serias por negligencia nunca demandan. Esto tiene importantes implicancias para la revelación del error, ya que estos pacientes que se encuentran en la ignorancia de lo sucedido representan un enorme reservorio de potenciales juicios que supera ampliamente al stock de potenciales juicios evitados por una adecuada revelación. Lo más probable es que la revelación masiva de los errores médicos dispare la litigiosidad, tanto en volumen como en costos.

La recomendación entonces es clara: el reconocimiento del error y de la culpa puede corresponder ante un evento grave como los mencionados en el listado y muchas veces no tiene sentido tratar de ocultar un error grosero y evidente. Sin embargo, se deben ponderar desde un primer momento las implicancias económicas de la revelación y la postura de la aseguradora de responsabilidad profesional ante la misma.

Liderazgo y Cultura Organizacional de Seguridad

Para desarrollar planes de gestión de crisis se requiere un fuerte liderazgo de los directivos, quienes serán los responsables de crear una cultura organizacional de seguridad que permita el desarrollo de las normas y procedimientos a llevar a cabo por el equipo de crisis.

Durante la última década se han acumulado evidencias que demuestran que la cultura organizacional de la institución juega un rol importante en la calidad y seguridad de la atención que reciben los pacientes. Las organizaciones que se esfuerzan por establecer una cultura de seguridad se encuentran en mejor posición para responder en forma efectiva y respetuosa a estos casos trágicos. Michael Leonard, un médico que lidera el Programa

de Seguridad de Pacientes en Kaiser Permanente en Colorado, ofrece una definición muy simple de lo que se entiende por cultura de seguridad: "Nadie duda nunca en hablar en voz alta acerca del bienestar de un paciente (seguridad psicológica), y todos tienen una gran confianza en que sus preocupaciones serán respetuosamente escuchadas y que generarán una acción en respuesta". Una cultura organizacional de este tipo permite prevenir la mayoría de estos eventos y, en caso de que ocurran, enterarse antes y responder adecuadamente cumpliendo con las expectativas de empatía, revelación, apoyo, evaluación, resolución, aprendizaje y mejora.

Luego de la ocurrencia de un evento adverso serio, las preguntas suelen aparecer muy pronto:

- ¿Cómo deberíamos responder?
- ¿Qué tendríamos que decir y a quién?
- ¿Quién debería hacerlo?
- ¿Quién es responsable y debe rendir cuentas?

Comenzando a responder por la última pregunta, no quedan mayores dudas de que el Directorio de la Organización (o su equivalente), el CEO o el Presidente son los responsables finales por la calidad y seguridad de la institución que dirigen. Como tal, el directorio debería estar permanentemente involucrado en temas atinentes a la identificación de las condiciones que ponen en riesgo a sus pacientes y en la resolución de las mismas.

El CEO (Chief Executive Officer) o la máxima autoridad de la Institución son responsables ante el Directorio por la respuesta de la organización luego de un evento adverso serio. El CEO o el Director son los líderes que pueden responder a la crisis transformando el temor en acciones positivas, estando muy atentos al desarrollo de la situación, reconociendo la importancia de contar con nueva información, manteniendo el foco en las prioridades, garantizando primero que los pacientes se encuentren seguros antes de evaluar la próxima necesidad crítica, y concentrándose en aquello que pueden evaluar y controlar, por sobre lo que está fuera de su alcance. La "ceguera deliberada" de las máximas autoridades ante el problema puede afectar negativamente la respuesta a la crisis y hacer que la situación empeore - por ejemplo:

“¿Qué crisis?, “Nadie lo debe saber”, “Ya va a pasar”, “Yo lo manejo”, “Nuestros abogados lo van a manejar”, “No estoy disponible”, “Los medios vienen por nosotros”. Marcus y colegas de la Escuela de Salud Pública de Harvard incorporaron el concepto de “meta liderazgo” en tiempos de crisis. Estos investigadores observaron que, ante situaciones de stress, la respuesta cerebral es activada por la amígdala, que es el sitio anatómico donde se asientan las respuestas más primitivas, consistentes en “luchar, escaparse o paralizarse”. El meta líder reconoce esto y la necesidad de atenerse a procedimientos practicados, protocolos o patrones de experiencias pasadas que gatillan actividades constructivas y activan entonces el pensamiento estratégico en la corteza cerebral. En su Declaración de Prácticas Seguras, el National Quality Forum de los Estados Unidos manifiesta lo siguiente: “Deben establecerse estructuras de liderazgo y sistemas que garanticen una conciencia general en toda la organización de las deficiencias en las medidas de seguridad de los pacientes, la responsabilidad directa de los líderes por estas deficiencias y una adecuada inversión en el desarrollo de capacidades para mejorar el desempeño y para que se realicen las acciones necesarias que garanticen una atención segura de cada paciente”

Algunas respuestas de líderes con esta nueva visión dejarían atónitos a muchos abogados y médicos partidarios de una postura encubridora y defensiva. El 11 de junio de 2010, Ralph Gabarro, CEO del Mayo Regional Hospital en Dover-Foxcroft, Maine, demostró estos valores al responder luego de una sobredosis masiva de una medicación que llevó a la muerte a un paciente. Sus comentarios acerca del hecho al Bangor Daily News fueron:

“Se trata de una verdadera tragedia... Asumimos plena responsabilidad por esta situación. Al mismo tiempo, nos comprometemos con los familiares a que una vez que conozcamos más sobre este episodio, nos sentaremos con ellos para hacerles saber qué es lo que encontramos. Estamos tratando de ser absolutamente transparentes en la revelación de los hechos y expresamos nuestro pesar y nuestra disculpa.

Nuestra comunidad médica está viviendo una verdadera pesadilla, pero nuestros sentimientos y el dolor por el que estamos pasando empalidece al lado de lo que está sufriendo la familia y lo comprendemos”

Sin duda los líderes tienen un papel significativo en la respuesta ante un evento adverso serio. En el corto plazo los líderes deben gerenciar la crisis y contener los daños. En el mediano y largo plazo, los líderes deben asistir a los miembros de su equipo quienes pueden no haberse recuperado del impacto de lo sucedido y de lo que significa para ellos. Atender al personal luego de un error grave es un proceso colectivo, ya que sólo en el contexto de las relaciones interpersonales podrá haber apoyo, un entendimiento cabal de lo que pasó y crecimiento. La tarea del líder consiste en crear y mantener ese contexto.

Políticas, Guías, Procedimientos y Prácticas de Gestión de Crisis

Las explicaciones luego de incidentes graves raramente colman las expectativas de los pacientes o de sus familiares, aumentando muchas veces su sufrimiento. Más aún, es común que los pacientes, sus familias, el personal y la organización se traben en luchas inútiles y pierdan el foco luego de la revelación. El manejo respetuoso del evento adverso grave incluye no sólo la revelación temprana, sino también la empatía, el apoyo, la evaluación de lo sucedido, su resolución, el aprendizaje y la mejora continua.

Para alcanzar este objetivo, debe construirse sobre la base de esta nueva cultura una adecuada infraestructura de normas, guías y mejores prácticas.

Algunos elementos claves de estas normas y procedimientos son, entre otros:

- Las autoridades de la organización tienen como valores centrales la compasión y el respeto y asumen la responsabilidad de decir siempre la verdad.

- El daño es visto como la falla de sistemas y no sólo de la gente, y es considerado de manera justa e imparcial.

- Hay un acuerdo escrito con la aseguradora de mala praxis de la institución acerca del manejo de estos casos. Hay compromiso de ambas partes para una resolución/compensación rápida y respetuosa, basada en la verdad de lo ocurrido.

- Hay normas activas respecto al proceso de consentimiento informado

- Hay normas respecto a la revelación adecuada y la documentación del evento.

- Hay normas para el reporte interno de eventos adversos

- Hay normas con respecto a la comunicación interna y externa del evento

- Luego de cada evento adverso serio se realiza en forma inmediata un análisis de causa raíz y los resultados son compartidos, incluyendo al paciente y a la familia.

- Hay un plan escrito de manejo de crisis. El plan está centralizado

- Hay normas para el reembolso o la asunción de los gastos que le ocasiona el evento adverso prevenible al paciente o a su familia.

- Hay programas de capacitación en técnicas de comunicación y en las políticas de la institución respecto a la revelación de eventos adversos serios.

- Hay un equipo que apoya al profesional al momento de la revelación.

- Se asume la responsabilidad cuando corresponde. Se mantiene en forma continua la información y el apoyo al paciente, su familia y el personal involucrado.

- Hay mecanismos en marcha para garantizar el aprendizaje a partir de la experiencia negativa.

- Hay mecanismos en marcha para evaluar el impacto de la política de comunicación, revelación y apoyo en las primas de seguros, los reclamos, los casos y los pagos finales.

El Equipo de Gestión de Crisis

Las organizaciones deberían establecer un Equipo de Gestión de Crisis (EGC) permanente que pueda reunirse en forma inmediata en respuesta a un evento clínico serio. El rol de este equipo consiste en garantizar que se cumplan las normas establecidas para el manejo de la crisis, cumpliendo con las expectativas de los pacientes/familias, el personal y la organización. El equipo es también responsable de coordinar la comunicación, el apoyo, la evaluación, la resolución, el aprendizaje y las mejoras necesarias para que el incidente no se repita. En ausencia de crisis, este equipo puede reunirse periódicamente para revisar los planes de gestión de crisis.

Si bien existen muchos modelos en cuanto a la estructura y composición del Equipo de Gestión de Crisis, hay coincidencia en que el mismo debe estar encabezado por la máxima autoridad de la institución (CEO, Chief Executive Officer), incluyendo entre sus miembros al director médico, la jefa de enfermería, el gerente operativo, el representante legal de la institución, el jefe del servicio involucrado, y, en caso de contar con estas funciones, los responsables del departamento de calidad y seguridad, de relaciones públicas y del comité de bioética. También deberían participar representantes de la aseguradora de responsabilidad profesional de la institución para consensuar adecuadamente la estrategia de revelación y compensación.

Los miembros de este equipo de crisis deberían:

- Mantenerse en contacto permanente, aún varias veces en el día. Estos eventos raramente terminan siendo tal como fueron descriptos inicialmente.

- Mantener una documentación muy disciplinada y un registro diario de lo actuado.

- Considerar ayuda externa a través de colegas y

consultores que han desarrollado o ayudado a desarrollar planes de gestión de crisis efectivos.

- Estar dispuestos a escuchar cosas que no quieren escuchar, posiblemente buscando el consejo de un facilitador objetivo.

- Adoptar conductas rápidas y flexibles.

- Estar atentos a lo que se comenta del evento interna y externamente.

- Considerar las implicancias del evento para el hospital y, si corresponde, preparar comunicaciones profesionales escritas a los pacientes y familias.

- Imaginar el peor escenario y tratar de mitigarlo en lo posible

- Manejar la comunicación interna y externa

- Estar preparados para pedidos de descargo de financiadores, reguladores etc.

- Garantizar el aprendizaje a partir del evento y diseñar las medidas para evitar su recurrencia.

Los eventos adversos serios pueden ocurrir durante las 24 hs. del día los 7 días de la semana, y la respuesta institucional debería ser igual: 24/7. No importando cuándo aparezca el incidente, la cultura de la organización debería ser tal que los médicos y enfermeras en la primera línea de atención no duden en informar situaciones graves inmediatamente a las autoridades, sabiendo que estas desean estar informadas y responder adecuadamente. La respuesta del equipo debe ser consistente, disponible las 24 hs y con adecuadas coberturas y reemplazos. Los pacientes, sus familias y el personal sanitario no deberían cargar solos el peso de un error y sentirse sin apoyo sólo porque el mismo ocurrió a las 3 de la madrugada de un sábado.

El Plan de Gestión de Crisis

La mejor manera de manejar una crisis es tener un plan. A las instituciones de salud que desean ser acreditadas se les suelen exigir planes de contin-

gencia ante catástrofes externas e internas (incendios, inundaciones, grandes accidentes, etc.). Es curioso, sin embargo, que la mayoría no tenga un plan para el manejo de eventos adversos graves, habida cuenta de la mayor probabilidad de su ocurrencia y del impacto que pueden tener estos incidentes sobre el prestigio y las finanzas de la institución.

La respuesta organizacional ante la crisis debe ser balanceada, priorizando en primer lugar al paciente y a su familia, sin dejar de atender a las necesidades del personal involucrado y de la organización asistencial.

PRIORIDAD 1: EL PACIENTE Y SU FAMILIA

Cuando un paciente acude a una institución de salud, lo menos que él y su familia esperan es ser víctimas de un error que sobrecargue el peso de su enfermedad o que lo lleve a la muerte. Cuando esto ocurre, los individuos y las organizaciones que han pasado por esta experiencia recomiendan hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Ha habido una comunicación honesta y apropiada con el paciente y su familia acerca de lo sucedido por un equipo de al menos dos personas o más, incluyendo al médico que tenía una relación preestablecida?

- ¿Reconoce la organización el dolor causado? ¿Ha demostrado empatía? (Ej: "Lamentamos que haya ocurrido esto"). ¿Se ha disculpado, si corresponde, luego de una evaluación exhaustiva del caso?

- ¿Se ha realizado una evaluación clínica completa del paciente?

- ¿Se permite que el paciente y su familia participen del análisis de lo ocurrido? Generalmente, nadie estuvo más cerca del paciente que su familia. Pueden tener información relevante que nadie tiene.

- ¿Se apoya en forma permanente al paciente y a su familia? ¿Se consideran reembolsos de gastos ocasionados?

•¿Se compromete la institución a llevar el caso a una resolución respetuosa y justa del conflicto?

Las organizaciones han aprendido que los eventos adversos no necesariamente erosionan la confianza. Sí puede hacerlo una respuesta inapropiada luego del incidente. Para no perder nunca de vista al paciente y a su familia cuando se responde a un evento adverso serio, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Focalícese en primer lugar en las necesidades clínicas inmediatas del paciente, mientras reúne todos los datos necesarios para reconstruir el hecho.

•Cuando informa acerca del daño experimentado por el paciente, exponga qué pasó, por qué pasó y qué es lo que se está haciendo para que no vuelva a suceder.

•Designa a un profesional de contacto, disponible las 24 hs., los siete días de la semana.

•Tan pronto como la organización tenga nueva información sobre el evento, informe al paciente y a su familia.

•Entable luego del evento relación con médicos de confianza de la familia explicándoles lo sucedido.

•Nunca permita que el paciente o su familia se encuentren con excusas, vías muertas, distancia emocional o lenguaje corporal inapropiado.

•Aborde cualquier preocupación que el paciente o su familia puedan tener lo antes posible

PRIORIDAD 2: LOS PROFESIONALES DE LA SALUD INVOLUCRADOS

La inclusión promueve el aprendizaje y la cicatrización de heridas. La exclusión promueve la culpa. Lo último que quiere una enfermera o un médico es ocasionarle un daño grave a su paciente. Ya existen suficientes evidencias acerca del enorme impacto a corto y largo plazo que tienen los daños serios por errores graves sobre los profesionales de la salud. Las siguientes son algunas consideraciones y preguntas claves que deberían hacerse los respon-

sables de gestionar la crisis ocasionada por el evento adverso serio.

•¿Hay gente capacitada y recursos disponibles para brindar orientación en el lugar del hecho al personal involucrado en el evento, preparándolos para una adecuada comunicación, documentación y apoyo al paciente/familia a lo largo de todo el proceso?

•¿Hay un apoyo continuo a los profesionales involucrados? ¿Corren algún peligro físico por familiares agresivos? ¿Es conveniente darles una licencia?

•¿Han sido invitados los profesionales involucrados a participar del análisis de causa raíz (ACR) de lo sucedido? Esto debería decidirse caso por caso. Es conveniente que los mismos participen como miembros plenos del equipo o como mínimo, ser entrevistados dentro del proceso de análisis.

•¿Colaboran los profesionales activamente en la resolución del caso?

•¿Existen mecanismos que garanticen el aprendizaje y la recuperación a partir de lo sucedido?

•¿Está la organización determinada a no perder de vista las necesidades del personal de la salud involucrado en el daño?

Muchas organizaciones de salud han aprendido que luego de un evento de esta naturaleza pueden despedir a todo el personal involucrado y que eso no servirá de nada para mejorar la seguridad de los pacientes o prevenir la ocurrencia de eventos similares en el futuro. La mayoría de los daños ocasionados a los pacientes resultan de malos sistemas y no de malos profesionales. La lucha contra la vergüenza y la culpa es un gran desafío luego de que un paciente ha sido dañado por un error médico. También son muy complejos los sentimientos entremezclados de pesar y temor que tienen los profesionales involucrados. La mitigación del problema requiere de una cultura organizacional justa, con normas y procedimientos para apoyar a los profesionales involucrados y un apropiado balance entre la responsabilidad individual y compartida.

Los especialistas en gestión de crisis sugieren considerar estos elementos para el manejo del personal luego de un evento adverso grave:

- La asignación de responsabilidades debe ser apropiada. No llegue a conclusiones sin tener todos los elementos del hecho. La primera pregunta debe ser “¿Qué pasó y por qué?” y no “¿Quién fue?”
- Envíe claras señales de apoyo al personal involucrado: “Resolveremos esto todos juntos”
- Establezca y lleve a la práctica principios de cultura organizacional honesta, imparcial y justa.
- Designe a un miembro capacitado del equipo de gestión de crisis a quien el personal involucrado en el evento pueda contactar las 24 hs. los 7 días de la semana.
- Ofrezca apoyo psicológico a través de programas de asistencia a los empleados, grupos Balint, etc.
- Manténgase alerta: algunos colegas pueden ser un gran apoyo pero otros pueden ser muy dañinos.

PRIORIDAD 3: LA ORGANIZACIÓN

Un evento adverso con pacientes muertos o severamente dañados por un error pone a la organización de salud bajo una crisis que puede afectar seriamente su prestigio y sus finanzas. Por otra parte, un manejo respetuoso y efectivo del incidente puede paradójicamente reforzar la imagen pública de la institución. Algunos puntos clave para minimizar el daño institucional son:

- Existe un N° 1 (Director Médico, CEO, etc.) que se hace cargo del problema.
- Las acciones de la institución están fundadas en valores tales como la integridad, la verdad y en hacer siempre lo que sea correcto.
- El evento activa inmediatamente al Equipo de Gestión de Crisis, con un fuerte liderazgo de los responsables de la institución y una clara cadena de comando.

- El evento es inmediatamente comunicado al Directorio, a la compañía de seguros de responsabilidad profesional y a los organismos de control que correspondan.

- El evento activa el análisis de causa raíz del mismo en forma inmediata.

- El evento gatilla inmediatamente la preparación rápida y cuidadosa de la comunicación interna y externa.

- Hay una clara comprensión de quién puede realizar promesas a los pacientes, a sus familias y al personal.

La organización y sus líderes nunca deben perder de vista a los pacientes, sus familias, el personal sanitario y la comunidad a la que pertenecen. El manejo respetuoso de estos incidentes desafortunados demanda tiempo y atención durante largos períodos de tiempo, incluso años, sobre todo cuando la situación deriva en juicios por responsabilidad profesional. En estas situaciones, bajo el asesoramiento de sus abogados y el de las aseguradoras, los directivos pueden tener que contactar frecuentemente al paciente o a sus familiares buscando acuerdos justos. También será necesario reunirse con el personal involucrado y sus abogados cuando se deba responder a la demanda, lo que puede ocurrir meses o años después del evento.

Comunicación interna y externa

Debería designarse un claro responsable de la comunicación, bajo el control y el monitoreo permanente del Equipo de Gestión de Crisis. Luego de un evento adverso serio, la comunicación interna y externa acerca del mismo resulta esencial. Las preguntas que surgen luego de que un paciente ha sido dañado gravemente o ha muerto a partir de un error médico comprobado y grave incluyen: ¿Qué podemos decir? ¿Cómo debemos decirlo? ¿A quién? Los mensajes esenciales, según corresponda, pueden incluir lo siguiente:

- El centro de salud expresa su disculpa y lamenta la ocurrencia del incidente. (Insistimos desde NOBLE en que la asunción de culpas debe llegar luego de

un profundo y rápido análisis y conociendo la posición de la aseguradora respecto del caso y de esta comunicación). Deberían utilizarse en la comunicación palabras que expresen compasión, preocupación, empatía y remordimiento tales como: alarmados, consternados, avergonzados, preocupados, decepcionados, identificados, falla, mortificados, apenados, trágico, desafortunado, insatisfactorio, no intencional, etc.

•“Hemos transmitido al paciente y a su familia todo lo que sabemos del caso y para nosotros es una prioridad brindarles nuestro apoyo y mantenerlos informados.”

•“Las autoridades de la institución se encuentran activamente abocadas a comprender por qué nuestros sistemas de control le fallaron a este paciente y a su familia y cuáles son los pasos necesarios para prevenir ocurrencias similares en el futuro.”

•“Estamos trabajando con las autoridades correspondientes”

•“Tenemos una excelente organización y personal, pero no somos perfectos. Todos los días venimos a trabajar para brindar la mejor atención posible y continuamente buscamos formas de mejorarla.”

•“Trataremos de transformar el dolor que provoca esta tragedia en acciones que nos lleven a ser una mejor institución, más segura para nuestros pacientes, sus familias, nuestro personal y la comunidad en la que nos desempeñamos.”

En la comunicación que se prepara en cualquier crisis, la organización debe respetar la privacidad del paciente y su familia junto con la de los profesionales involucrados. Si bien la confidencialidad y el secreto médico limitan lo que se puede decir, una organización debería estar preparada para detallar qué es lo que falló y por qué, incluyendo la referencia a normas (pasadas y futuras) designadas para minimizar daños. Aún cuando no se puedan discutir específicamente aspectos puntuales de la atención y del paciente, se debería poder hablar acerca de cómo abordar incidentes similares.

Una de las máximas de las relaciones públicas afirma que “Quienquiera que informe la primera historia, informa la totalidad de la historia”. La primera información que llega de estos casos desafortunados generalmente es incorrecta y la mala información llena un vacío que es muy difícil de corregir después. La credibilidad es esencial y la organización nunca debería especular. Los profesionales de relaciones públicas (RP) recomiendan que cuando se cuenta la historia, se deberían definir los mensajes esenciales de la manera más clara y concisa posible, centralizando y estrechando el flujo de información, determinando a su vez quién será la persona que hablará en representación de la institución. Este vocero deberá ser informado y preparado adecuadamente. A su vez, debe instruirse a todo el personal para no contestar cualquier consulta de medios o de personas ajenas al centro dirigiendo las mismas al Departamento de Relaciones Públicas (o a quien designe el Equipo de Gestión de Crisis)

¿A quién se debería informar? Cuando el evento adverso es de magnitud, además de informar a los más directamente afectados (pacientes, familiares, personal involucrado) se debe tener siempre en consideración otras partes interesadas (compañías de seguros, financiadores, colaboradores de la institución, reguladores, autoridades o proveedores, según corresponda). Ningún posible afectado debería enterarse por los medios y deberían recibir información en forma directa. El e-mail y los medios sociales como Facebook, Twitter, etc. han cambiado todo, principalmente la velocidad y el contenido de las comunicaciones y la integración de estas herramientas puede ser beneficiosa en el manejo de la crisis. Mucha gente quiere y necesita creer en la institución; haga eso posible.

La comunicación interna también es crítica. Frecuentemente, los profesionales y el personal de la institución manifiestan que luego un evento adverso de las características mencionadas “todos están hablando del caso excepto la organización”. El personal suele encontrarse devastado cuando ha ocurrido un hecho serio. Quieren y necesitan comprender qué es lo que está pasando. No hay duda de que el paciente y la familia harán

preguntas. Todo el staff que pueda llegar a estar en contacto con ellos debe estar preparado para responderlas adecuadamente.

Muchos de los eventos adversos descritos tienen una alta chance de llegar a la prensa. El llamado de los medios debería esperarse en cualquier momento y nunca debe minimizarse esta posibilidad preparándose para sus preguntas. Las organizaciones no se pueden ocultar y deben involucrarse en este proceso. Las respuestas debieran ser honestas y no evasivas, focalizándose en lo que pasó, por qué pasó y qué es lo que se está haciendo para que no vuelva a ocurrir. La respuesta “sin comentarios” suele ser un gran estimulante para la especulación periodística. A medida que la crisis evoluciona se le deberían brindar a la prensa actualizaciones y en el largo plazo, la institución debería mantener su contacto con la prensa teniendo una historia de aprendizaje y mejora para contar.

Estos esfuerzos ayudarán a romper el circuito autodestructivo que se describe en el cuadro 2.

Cuadro 2

Eventos adversos serios. Circuito autodestructivo

Ocorre el evento adverso serio (daño grave o muerte del paciente por un error)



La organización no es transparente, ni interna ni externamente.



Las personas más cercanas al incidente (pacientes, miembros de la familia, personal), frustradas por cómo se está manejando el evento contactan a los medios.



Los medios contactan a la institución y reciben un “sin comentarios” o bien información incorrecta y superficial.



Los medios comienzan a buscar por todas partes cualquier información que puedan encontrar.



La información es suministrada por personas que no conocen exactamente lo que pasó, siendo generalmente incorrecta.



El paciente, su familia, el personal, la institución y la comunidad se encuentran azorados ante las inexactitudes que se dicen en los medios.



La pobre respuesta de la organización al evento se transforma en una historia igual o aún mayor que la del incidente ocurrido.

Compensación

El Obispo Desmond Tutu, Premio Nobel de la Paz en 1984 y una de las figuras claves en la lucha contra el apartheid y en la construcción de la nueva Sudáfrica dijo una vez: “Si tú robaste mi lapicera y luego te disculpas pero no me la devuelves, no ha pasado nada”. Los daños por errores evitables obligan moralmente a una reparación. Se trata de un área muy sensible que requiere una adecuada estrategia caso por caso. Cuando no quedan dudas de que el paciente ha sido dañado por un error grosero y mayormente evitable la respuesta institucional debiera ser proactiva, incluyendo dentro de la misma la recuperación o el reembolso de gastos que el evento adverso hubiera ocasionado (necesidades de alojamiento de la familia, de estacionamiento de comidas, de transporte, de lucro cesante, etc) y eventualmente una compensación económica integral por vía extrajudicial. Esto puede hacerse con o sin reconocimiento de culpa.

En instituciones aseguradas, el ofrecimiento de una compensación financiera en forma extrajudicial debe ser consensuado siempre con la aseguradora de responsabilidad profesional, quien como dijimos, debe formar parte del Equipo de Gestión de Crisis desde el primer minuto. Las aseguradoras especializadas disponen de los recursos y la experiencia para arribar a soluciones justas para todas las partes. Los equipos clínicos de la institución no deberían permanecer ajenos a las decisiones que se tomen.

No todos los pacientes desean una compensación y no siempre la compensación es financiera, pero la incapacidad o la falta de voluntad para ofrecerla suele ser una señal de falta de sinceridad y sugiere que cualquier disculpa que pueda haberse ensayado forma parte de una pose o estrategia que no condice con un compromiso real con la honestidad.

Conclusión

Un evento adverso serio como los del listado del National Quality Forum les genera a todas las partes involucradas una verdadera crisis. Los profesionales intervinientes y las autoridades de la institución de salud cargarán con el peso del error por siempre, pero sobrellevar ese peso no resulta suficiente. Ellos también tienen la responsabilidad de garantizar que harán todo lo posible para comprender qué pasó y por qué y para prevenir la ocurrencia de un incidente similar en el futuro. Como toda crisis, la producida por un evento adverso representa la oportunidad para aprender y ser una mejor institución.

Bibliografía

El núcleo central de este artículo resulta de la traducción, resumen y adaptación de dos documentos de reciente aparición y cuya lectura recomendamos a quienes deseen profundizar el tema:

- National Quality Forum (NQF), Serious Reportable Events in Healthcare-2011 Update: A Consensus Report Washington, DC: NQF; 2011. Acceso libre en Internet: http://www.qualityforum.org/projects/hacs_and_sres.aspx

- Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell M. Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Acceso libre en Internet: <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/RespectfulManagementSeriousClinicalAEsWhitePaper.aspx>

Se han incorporado a su vez conceptos desde la visión de una aseguradora que consideramos relevantes.

Otra bibliografía consultada:

- Augustine N. Managing the crisis you tried to prevent. Harvard Business Review 1995;73(6):147-158
- Studdert D, Mello M, Gawande A, Brennan T, Wng YC. Disclosure of medical injury to patients: An improbable risk management strategy. Health Affairs. 2007; 26(1):215-222
- Kachalia A, Kaufman SR. et al. Liability Claims and Costs Before and After Implementation of a Medical Error Disclosure Program. Annals of Internal Medicine Volume 153 Number 4, 17 August 2010
- David J. Loren, M.D.; Jane Garbutt et al. Risk Managers, Physicians, and Disclosure of Harmful Medical Errors. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. March 2010 Volume 36 Number 3: 101-107 1

- Marcus LJ, Dorn BC, Ashkenazi I, et al. Meta-Leadership: A Primer (A Working Paper). Cambridge, MA: National Preparedness Leadership Initiative, Harvard School of Public Health; 2009. Disponible en: http://www.hsph.harvard.edu/npli/files/meta-leadership_primer.pdf.

- TMIT. NQF Safe Practice #1: Culture of Safety Leadership Structures and Systems. Disponible en <http://www.safetyleaders.org/pages/QuickStart.jsp?step=0&spnum=1>.

- National Patient Safety Agency (UK), National Reporting and Learning Service Being Open: Communicating Patient Safety Incidents with Patients, Their Families, and Carers.. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=65077>.

- MA: Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors When Things Go Wrong: Responding to Adverse Events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals. Burlington,; March 2006. Disponible en: <http://www.macoalition.org/documents/respondingToAdverseEvents.pdf>.

- Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Quality and Safety in Health Care. 2009;18(5):325-330.