

Original breve

Qué hacen los hospitales y la atención primaria para mitigar el impacto social de los eventos adversos graves



José Joaquín Mira^{a,b,*}, Irene Carrillo^b y Susana Lorenzo^c

^a Centro de Salud Hospital-Plá, Departamento de Salud Alicante-Sant Joan, Alicante, España

^b Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Elche (Alicante), España

^c Unidad de Calidad, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de junio de 2016

Aceptado el 22 de julio de 2016

On-line el 15 de octubre de 2016

Palabras clave:

Seguridad del paciente

Eventos adversos

Errores médicos

Profesionales sanitarios

Hospital

Atención primaria

R E S U M E N

Objetivo: Explorar qué se está haciendo en atención primaria y en los hospitales para mitigar el impacto social de los eventos adversos graves.

Método: Encuesta a 195 directivos de hospitales (n = 113) y de atención primaria (n = 82) de ocho comunidades autónomas. Se exploró el grado de implantación de cinco intervenciones recomendadas tras un evento adverso para proteger la reputación de las instituciones sanitarias.

Resultados: La mayoría de las instituciones (70, el 45,2% de atención primaria, y 85, el 54,8% de hospitales) no tenían un plan de crisis para salvaguardar su reputación tras un evento adverso. En atención primaria realizaban un mejor tratamiento de la comunicación interna (p = 0,0001) y externa (p = 0,012) que en los hospitales. En pocos casos se había definido el papel de la dirección tras un evento adverso (el 10,7% de los hospitales y el 6,25% de atención primaria).

Conclusiones: La mayoría de las instituciones sanitarias no cuentan con planes para afrontar el impacto social de los eventos adversos con consecuencias graves que generan desconfianza y pérdida de reputación.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

What are hospitals and primary care doing to mitigate the social impact of serious adverse events

A B S T R A C T

Objective: To explore what hospitals and primary care (PC) are doing to reduce the negative social impact of a serious adverse event (AE).

Methods: We surveyed 195 hospital (n = 113) and PC (n = 82) managers from eight autonomous communities to explore the level of implementation of five interventions recommended after an AE to protect the reputation of healthcare institutions.

Results: Most institutions (70, 45.2% PC, and 85, 54.8% hospitals) did not have a crisis plan to protect their reputation after an AE. Internal (p = 0.0001) and external (p = 0.012) communications were addressed better in PC than in hospitals. Very few institutions had defined the managers' role in case of an AE (10.7% hospitals versus 6.25% PC).

Conclusion: A majority of healthcare institutions have not planned crisis intervention after an AE with severe consequences nor have they defined plans to recover citizens' trust after an AE.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Patient safety

Adverse events

Medical errors

Health professionals

Hospital

Primary care

Introducción

Por si las cosas se ponen feas intentamos, mes a mes, ahorrar una parte de nuestro salario. Si algo se tuerce, el disgusto es inevitable, pero gracias a esos ahorros podemos afrontar la situación con mayor capacidad de reacción.

Las instituciones sanitarias (hospitales y centros de atención primaria), en el desempeño de su labor, también cultivan la confianza

de los pacientes y de la ciudadanía en el «banco de la reputación». Cuando ocurre un evento adverso con consecuencias serias para uno o más pacientes, recurren a sus ahorros y esa reputación actúa a modo de escudo, contribuyendo a que la desconfianza y el des crédito sean menores.

La confianza es una pieza clave en la relación entre el paciente y el profesional sanitario¹; y se refiere a la convicción de que el profesional o la institución sanitaria es capaz de ayudarlo. La reputación (opinión positiva relativamente estable en el tiempo, relacionada con el prestigio o la fama) sabemos que contribuye a generar una expectativa positiva del resultado de la intervención clínica^{2,3}. También se ha relacionado con la percepción de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose.mira@umh.es (J.J. Mira).

seguridad⁴. Cuando un paciente puede elegir centro, evita los de peor reputación. Cuando un paciente sufre un evento adverso, confianza y reputación se convierten en desconfianza y descrédito⁵.

La literatura sobre el papel de los directivos en la seguridad de los pacientes sugiere que no dedican suficiente atención (ni tiempo) a definir y conducir una clara estrategia en materia de seguridad en los centros⁶. En Europa⁷⁻⁹, la cultura punitiva tras un evento adverso persiste, son escasos los estudios para determinar la efectividad de las intervenciones para reducir la repetición de un mismo tipo de evento adverso y apenas existen experiencias que describan las actuaciones que se llevan a cabo cuando ocurre un evento adverso, para recuperar la confianza de los pacientes y de la ciudadanía en el centro sanitario.

Este estudio explora qué se está haciendo en las instituciones sanitarias españolas para salvaguardar su reputación tras un evento adverso con consecuencias graves.

Método

Estudio descriptivo, desarrollado en 2014, en el que se invitó a directivos de 199 hospitales y 127 áreas de salud de Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana y País Vasco, que representaban, según datos del Ministerio de Sanidad de 2013, el 75% del total de las admisiones hospitalarias y el 77% de la actividad asistencial en primaria en España. Los criterios de selección de esta muestra de conveniencia fueron en la pertenencia al sistema público de salud y contar con una unidad o servicio responsable de coordinar la estrategia de seguridad del paciente en su ámbito.

A los directivos se les preguntó, mediante una encuesta *online*, si contaban con un plan de crisis para actuar en caso de que se produjera un evento adverso con consecuencias graves e impacto mediático (definido como un suceso no deseado e imprevisto relacionado con la atención sanitaria que se presta a un paciente, independiente de su enfermedad de base, que le produce la muerte o una lesión física o psíquica incapacitante, o que pone en riesgo su vida, por lo que requiere tratamiento) y si llevaban a cabo una serie

de actuaciones para proteger la reputación y recuperar la confianza de los pacientes en el centro. Estas preguntas fueron elaboradas a partir de estudios previos y de la revisión de Brandom et al¹⁰, y se contestaban mediante una escala tipo Likert de 5 pasos: nula implantación, muy bajo nivel de implantación, bajo, moderado, alto o muy alto nivel de implantación. Se consideró que las puntuaciones de 4 o mayores reflejaban una implantación adecuada de la acción definida en la pregunta. La legibilidad y la aceptabilidad de las preguntas fue comprobada en un estudio previo⁹.

Los directivos recibieron por correo electrónico un mensaje solicitando su colaboración, explicando la voluntariedad y el anonimato de las respuestas, junto a un enlace para responder tras su consentimiento. El estudio se llevó a cabo entre febrero y abril de 2014.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Clínica del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (CEIC HUFA).

Resultados

Respondieron 113 directivos de hospitales (tasa de respuesta del 56,8%) y 82 de atención primaria (tasa de respuesta del 64,6%).

Una cuarta parte de los directivos de hospitales declararon que en su centro se contaba con un plan de crisis (conjunto de actuaciones que recogen cómo actuar cuando sucede una situación imprevista que implica una modificación relevante en el curso de un proceso o de un suceso) que contemplaba cómo actuar en caso de que ocurriera un evento adverso con consecuencias graves. Este porcentaje disminuyó al 15% en los directivos de áreas de atención primaria. El tratamiento de la comunicación interna tras un evento adverso fue mejor abordado por los directivos de atención primaria, aunque el papel de los directivos y de los mandos intermedios tras un evento adverso estaba definido en un 11% de los hospitales, y en un 7% de las áreas de atención primaria. Menos de un 20% de los directivos de ambos niveles asistenciales afirmaron contar con un plan de comunicación para intentar recuperar la confianza de los pacientes y de la ciudadanía tras un evento adverso con consecuencias graves (tabla 1).

Tabla 1
Percepción de los directivos acerca de cómo sus instituciones abordan los incidentes para la seguridad de los pacientes

	Atención primaria (n = 82)			Hospital (n = 113)			p ^b
	Media (DT) ^a	N (%) ≤3	N (%) ≥4	Media (DT) ^a	N (%) ≤3	N (%) ≥4	
Tenemos definido un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes	2,2 (1,1)	70 (45,2)	12 (14,6)	2,3 (1,4)	85 (54,8)	28 (24,8)	0,121
En el caso de un EA con consecuencias graves organizamos un comité de crisis en el que participan los directivos del hospital junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario	2,7 (1,3)	51 (40,8)	29 (36,2)	2,9 (1,3)	74 (59,2)	37 (33,3)	0,792
Hemos acordado el papel que debe desempeñar en la relación y la comunicación con el paciente la dirección del servicio médico, la supervisora de enfermería, la dirección médica y la de enfermería en caso de un EA	1,8 (0,9)	75 (93,8)	5 (6,2)	1,9 (1,1)	100 (89,3)	12 (10,7)	0,415
Cuando ocurre un EA con consecuencias graves, informamos de lo que ha sucedido al resto del personal del centro para que disponga de información real y no se hagan conjeturas	3,2 (1,2)	38 (48,7)	40 (51,3)	2,2 (1,1)	85 (85,9)	14 (14,1)	0,0001
Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a un EA con consecuencias graves, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes	2,3 (1,1)	60 (81,1)	14 (18,9)	2,0 (1,2)	89 (86,4)	14 (13,6)	0,012

DT: desviación típica; EA: evento adverso. N = 195.

^a Escala de 1 a 5. Las puntuaciones ≥4 reflejan un grado de implementación adecuado y las puntuaciones ≤3 indican un grado de implementación bajo o nulo.

^b Ji al cuadrado con corrección de Yates.

Discusión

Este estudio se realizó en el ámbito del sistema público español. Su generalización a otros sistemas debe hacerse con precaución, dado que una mayor capacidad de elección de centro por los pacientes puede motivar actuaciones más ambiciosas para preservar la reputación de los centros, habida cuenta de la influencia de esta en la elección de centro. No se utilizó un muestreo aleatorio, lo que pudo introducir un sesgo de selección. Los resultados se han basado en la información aportada por los directivos, y esta no ha sido contrastada por otros medios.

Los resultados corroboran que la mayoría de los hospitales y de las áreas de salud no cuentan con planes de actuación para afrontar las crisis que suponen los eventos adversos con consecuencias graves e impacto mediático para su reputación. Pese a esta falta de previsión, un tercio constituiría un comité de crisis para afrontar dicha situación. Los datos reflejan que los directivos no están preparados para afrontar esta eventualidad y que apenas hay centros que hayan contemplado qué hacer para mantener su reputación tras un evento adverso de estas características. El manejo de la comunicación interna tras un evento adverso, a juicio de los directivos, es mejor en atención primaria que en los hospitales.

La cultura de la seguridad en los centros sanitarios guarda relación con el papel y el compromiso de los directivos en la mejora de la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes⁶. La revisión sistemática de Parand et al.⁶ describe las diversas actividades que se esperan de los directivos y pone de relieve su insuficiente implicación en las estrategias de seguridad. No hay estudios en atención primaria. En este trabajo ampliamos el alcance de los estudios realizados en Europa, pero incidimos en un aspecto apenas estudiado: la escasa atención que se presta al impacto que los eventos adversos tienen en la reputación de las instituciones sanitarias, lo cual, en definitiva, reduce la confianza de los pacientes en los profesionales.

Cuando no se lleva a cabo una adecuada gestión de los riesgos, o cuando la frecuencia de un determinado tipo de evento adverso es mayor que la esperada y no se adoptan las medidas apropiadas, se somete a un riesgo innecesario a los profesionales de primera línea y se difuminan las posibilidades de preservar la reputación del centro. Confianza, reputación y percepción de seguridad están relacionadas⁴. Los pacientes no esperan que pueda ocurrir ningún incidente que les provoque algún tipo de daño cuando acuden a recibir asistencia sanitaria, y si esto sucede, es más fácil que lo relacionen con falta de capacidad, de preparación o de conocimiento para «hacer bien las cosas». En estas circunstancias, una correcta comunicación puede mitigar la pérdida de confianza y el descrédito que acompañan a un evento adverso^{2,11}. Esta comunicación debe ser intencional, planificada y centrada en objetivos relacionados con la estrategia de seguridad del centro. En caso contrario, la pérdida de reputación puede traducirse en desconfianza por parte de los pacientes, lo que enrarece la interacción con los profesionales.

Este estudio indica que los directivos no solo tienen la responsabilidad de promover una cultura positiva de seguridad del paciente, sino que también deben cuidar la reputación de los centros sanitarios cuando algo no va bien.

Tras un evento adverso hay un claro consenso en que lo primero es atender al paciente víctima del incidente y hacer todo lo posible para mitigar el daño, así como sobre la importancia de aprender de ese incidente para evitar que pueda volver a producirse una situación similar, actuando sobre los fallos latentes o con intervenciones para evitar la repetición de errores humanos. Sin embargo, todas estas intervenciones, aunque necesarias, no son suficientes. Es preciso también actuar para recuperar la confianza en el centro y en sus profesionales. No actuar de este modo supone dejar indefensos a los profesionales de primera línea en la atención a los pacientes.

Lamentablemente, es habitual que solo nos acordemos de Santa Bárbara cuando truena, y entonces puede ser tarde.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La confianza y la percepción de seguridad favorecen una relación positiva entre la ciudadanía y las instituciones sanitarias. Los eventos adversos graves y su impacto social ponen en peligro la reputación de dichas instituciones.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Evidencia carencias en los hospitales y la atención primaria para proteger su reputación tras un evento adverso, y subraya la necesidad de elaborar planes de crisis con implicación de los directivos.

Editor responsable del artículo

Andreu Segura.

Declaración de transparencia

El/la autor/a principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

J.J. Mira y S. Lorenzo fueron los responsables del diseño del estudio, e I. Carrillo lo fue de la coordinación de su ejecución. I. Carrillo y S. Lorenzo codificaron y analizaron los datos. J.J. Mira e I. Carrillo interpretaron los resultados y redactaron un primer borrador del original, que posteriormente fue revisado y mejorado por S. Lorenzo. Todas las personas firmantes del manuscrito han aprobado su redacción final.

Agradecimientos

Este estudio ha sido posible gracias a la colaboración de los servicios centrales de los servicios de salud de Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana y País Vasco.

Financiación

Estudio financiado por el FIS, con Fondos Feder (referencias PI13/0473 y PI13/01220).

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Rowe R, Calnan M. Trust relations in health care - the new agenda. *Eur J Public Health*. 2006;16:4–6.
- Hibbard JH, Jewett JJ. Will quality report cards help consumers. *Health Aff*. 1997;16:218–28.
- Dijis-Elsinga J, Otten W, Versluijs MM, et al. Choosing a hospital for surgery: the importance of information on quality of care. *Med Decis Making*. 2010;30:544–55.

4. Mira JJ, Lorenzo S, Navarro I. Hospital reputation and perceptions of patient safety. *Med Princ Pract.* 2014;23:92–4.
5. Mazor KM, Goff SL, Dodd K, et al. Understanding patients' perceptions of medical errors. *J Commun Health Care.* 2009;2:34–46.
6. Parand A, Dopson S, Renz A, et al. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open.* 2014;4:e005055.
7. Van Gerven E, Seys D, Panella M, et al. Involvement of health-care professionals in an adverse event: the role of management in supporting their workforce. *Pol Arch Med Wewn.* 2014;124:313–20.
8. Panella M, Leigh F, Rinaldi C, et al. Defensive medicine: overview of the literature. *Ig Sanita Pubbl.* 2015;71:335–51.
9. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:341.
10. Brandom B, Callahan P, Micalizzi DN. What happens when things go wrong. *Paediatr Anaesth.* 2011;21:730–6.
11. Ozawa S, Sripad P. How do you measure trust in the health system. A systematic review of the literature. *Soc Sci Med.* 2013;91:10–4.