

GRUPO DE TRABAJO



**Recomendaciones para decir “Lo siento”
tras un evento adverso**

Madrid, julio 2016

Marco: La mayoría de las recomendaciones sobre cómo informar al paciente que ha sufrido un evento adverso (EA) incluyen una disculpa, aunque algunas de estas propuestas, que cuentan con un amplio consenso, se han realizado en un entorno social, cultural y jurídico con marcadas diferencias con el nuestro (Canadá, Oceanía, Reino Unido, Norte de Europa y EE.UU.).

Entre estas diferencias se citan las directrices sobre cómo informar por parte de las autoridades sanitarias que incluyen una disculpa y las denominadas *Sorry Laws* o Leyes de Disculpa, en cuyo caso las informaciones que se facilitan al paciente no pueden utilizarse en un proceso civil como medio de prueba para fundamentar responsabilidad de quien se ha visto involucrado, lo que no impide que si el daño es imputable, tras un análisis detallado, a un fallo o a un error se pueda establecer una compensación económica al paciente. En nuestro entorno más cercano, Reino Unido aprobó una directriz que obliga a los profesionales sanitarios a incluir en la información al paciente víctima de un EA una disculpa (Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2014: Regulation 20). Algunos hospitales en Francia cuentan con la figura del Mediador/Conciliador que informa, en todos los casos, al paciente y le ofrece la posibilidad, si lo desea, de hablar sobre el incidente con su médico.

En España, la Ley 41/2002 reguladora de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación clínica y la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establecen la obligatoriedad de informar al paciente en todo lo relativo a su proceso.

En un estudio de consenso en 2013 se concluyó que se debía informar al paciente en los casos de incidente con daño. En este estudio se aconsejaba que esta información incluyera una expresión de disculpa (Martín-Delgado et al., 2013).

En la Guía de Recomendaciones elaborada dentro del proyecto financiado por FIS y FONDOS FEDER PI13/01220 y PI13/00473 se ha optado por recomendar una expresión empática de disculpa, junto a la información sobre el incidente. También que se defina el perfil del profesional que debe informar en función de la gravedad del EA. También que el paciente pueda, según los casos, contribuir al análisis de lo acontecido (<http://goo.gl/RUJTs8>).

Las investigaciones en esta temática han concretado que:

- Existe amplio consenso sobre los elementos que deben integrar la información al paciente tras un EA, con la sola excepción de la información sobre la posible compensación que queda supeditada al marco legal.

- La mayoría de los profesionales comparten la idea de que se debe informar de lo sucedido tras un EA a los pacientes ($\approx 90\%$) (Gallagher et al., 2006; Loren et al., 2010).
- La práctica totalidad de los pacientes desean saber qué ha sucedido tras un EA (O'Connor et al., 2010).
- Actualmente se informa en, aproximadamente, un 30% de los casos, con predominio de información parcial (Gallagher et al., 2006):
 - Se describe el incidente pero sin explicar que éste causó el daño.
 - Se describe el daño pero no el incidente que lo causó.

En nuestro país se ha puesto de manifiesto que:

- La mayoría de los profesionales sanitarios (tanto asistenciales como directivos) no considera que en su centro se informe de los EA a los pacientes o sus familias (64-72%). Según el personal asistencial (médicos y enfermeros) el ofrecimiento de una disculpa al paciente es inusual (16,2%). La expresión de disculpa tras EA es más frecuente en atención primaria que en hospitales desde el punto de vista de sus directivos. La mayoría de los profesionales sanitarios (tanto asistenciales como directivos) desconoce quién debe informar al paciente que ha sufrido un EA. Una minoría de los directivos de instituciones sanitarias afirma que en su centro cuentan con un protocolo de qué hacer y cómo informar a los pacientes tras un EA (7,4%) (Mira et al, 2015).
- Expertos en derecho sanitario-bioética apuestan por la comunicación de los eventos a los pacientes acompañada de una disculpa (82%). La mayoría de ellos afirmó que el ofrecimiento de una disculpa no devengaría responsabilidad profesional (63%). Sobre quién debe ofrecer la disculpa al paciente la mayoría identificó al médico o enfermero responsable de la asistencia al paciente (73,9%) y una minoría a otros profesionales sanitarios no implicados (10,9%) y a miembros de la dirección (2,2%) (Giraldo et al., 2016).

En resumen, aunque existe consenso internacional sobre los contenidos, formato y condiciones de la información al paciente tras un EA (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2013; Communication and Optimal Resolution - CANDOR, 2016), las diferencias entre nuestro país y los citados como referentes en la denominada información franca al paciente u *Open Disclosure*, aconsejan analizar en qué condiciones y en qué formato ofrecer una disculpa al paciente víctima de un EA.

Objetivo: Establecer por consenso entre profesionales de distintas comunidades autónomas, instituciones y perfiles profesionales recomendaciones para el Sistema Nacional de Salud sobre cómo manifestar una disculpa al paciente que ha sufrido un EA.

Participantes:

Yolanda Agra Varela, Jefe de Área de Seguridad del Paciente. Subdirección General de Calidad y Cohesión, Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid.

Carlos Aibar Remón, Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Zaragoza y Jefe de Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, Aragón.

Jesús M. Aranaz Andrés, Jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Ramón y Cajal, SERMAS, Madrid.

María Pilar Astier Peña, Médico de familia del Centro de Salud Caspe, Sector Alcañiz, Servicio Aragonés de Salud (SALUD), Zaragoza, Aragón.

María José Avilés Martínez, Jefa de Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente, Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública, Valencia, Comunidad Valenciana.

Pilar Camps del Saz, Asesor Médico Pericial, AON Spain, Madrid.

Irene Carrillo Murcia, Personal docente universitario en formación, Universidad Miguel Hernández, Elche, Comunidad Valenciana.

Carlos M^a Romeo Casabona, Catedrático de Derecho Público en la Universidad del País Vasco y Director de la Cátedra Interuniversitaria, Fundación BBVA – Diputación Foral de Bizkaia, de Derecho y Genoma Humano, Universidad de Deusto y Universidad de País Vasco, Bizkaia, País Vasco.

Mariano Alfonso Casado Blanco, Secretario de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial y Profesor asociado de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Extremadura, Badajoz, Extremadura.

Cristina Díaz-Agero Pérez, Facultativa especialista del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Ramón y Cajal, SERMAS, Madrid.

Carlos Fernández Herrerueta, Business Manager & Director Médico, SHAM España

Lena Ferrús Estopà, Investigadora de la Càtedra de Direcció, Gestió i Administració, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Cataluña.

Juan Francisco Herrero Cuenca, Director Médico del Departamento de Salud de Elda, Elda, Comunidad Valenciana.

Susana Lorenzo Martínez, Jefe de Unidad de Calidad y Coordinadora de Gestión de Pacientes del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, SERMAS, Madrid.

Luis Manzano Espinosa, Profesor titular de Medicina de la Universidad de Alcalá y Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Ramón y Cajal, SERMAS, Madrid.

José Joaquín Mira Solves, Catedrático de Psicología Social en la Universidad Miguel Hernández y Psicólogo Clínico en el Departamento de Salud Sant Joan-Alicante, Alicante, Comunidad Valenciana.

Elvira Eva Moreno Campoy, Coordinadora de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía, Sevilla.

Susana Ortega Rodríguez, Jefa del Servicio de Aseguramiento y Riesgos del Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, Andalucía.

Beatriz País Iglesias, Subdirectora de Atención al Ciudadano y Calidad en Servicio Galego de Saúde (SERGAS), A Coruña, Galicia.

Enrique Peiró Callizo, Coordinador de programas de Salud Pública y Seguridad del Paciente, Dirección General, Osakidetza, Vitoria-Gasteiz, País Vasco.

Juana Requena Puche, Subdirectora Médica del Departamento de Salud de Elda, Elda, Comunidad Valenciana.

José M. Ruiz Ortega, Jefe de Servicio de Seguridad del Paciente en la Subdirección General de Calidad, Seguridad y Evaluación del Servicio Murciano de Salud, Murcia.

Carmen Silvestre Busto, Jefe de Sección de Efectividad y Seguridad Asistencial, Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea, Pamplona, Navarra.

Asier Urruela Mora, Profesor titular de Derecho Penal de la Universidad de Zaragoza y Asesor de la Cátedra Interuniversitaria, Fundación BBVA – Diputación Foral de Bizkaia, de Derecho y Genoma Humano, Universidad de Deusto y Universidad del País Vasco, Zaragoza, Aragón.

Julián Vitaller Burillo, Comisionado del Departamento de Salud Elche-Crevillent y Director de Inspección Médica de Servicios Sanitarios de Alicante, Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública, Comunidad Valenciana.

Elena Zavala Aizpúrua, Médico adjunto, Unidad de Calidad y Seguridad de Pacientes de Hospital Universitario Donostia, Osakidetza, Donostia-San Sebastián, País Vasco.

Notas y conclusiones extraídas de la reunión

1. ¿Podemos recomendar a los profesionales que expresen una disculpa al informar a un paciente tras un EA?

Existe una gran diversidad de incidentes que se pueden producir, su diferente gravedad y la trascendencia de los daños que pueden acontecer así como la diversidad organizativa y de ámbitos en los que pueden ocurrir (cirugía, atención primaria, sociosanitario, etc.) que debe ser tenida en cuenta a la hora de acordar actuaciones tras el EA. Sin embargo, la aplicación de los principios éticos (beneficencia, justicia y autonomía del paciente) y el mero sentido común, hacen aconsejable informar al paciente cuando han ocurrido EA e incorporar a la información una manifestación de pesar por lo ocurrido (disculpa).

La información al paciente de los incidentes de seguridad que le afectan se aconseja se circunscriba a los incidentes con daño. Esta información puede ir acompañada de una disculpa expresada en términos neutros (manifestación de pesar por lo sucedido), sin que en ningún momento el informante se identifique así mismo como responsable del daño, ni culpabilice a terceros.

En los casos en los que no existe daño pero el paciente o su familia verbalizan su percepción de que se ha producido un fallo o un error, se aconseja informar sin ocultar lo ocurrido para evitar que su confianza en los profesionales se vea deteriorada.

La normativa reguladora de los contratos del seguro (Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro) prohíbe expresamente, al profesional sanitario, reconocer al paciente la existencia de un error en nombre de la compañía aseguradora y, por extensión, establecer las bases de una compensación al paciente tras un incidente.

El uso del léxico apropiado, evitando términos que puedan generar confusión, y de las explicaciones e informaciones debe conducirse por personal capacitado y en condiciones que aseguren la comprensión de la información por parte del paciente.

La información al paciente sobre el incidente cuando se acompaña de una manifestación de pesar por lo sucedido (disculpa) en la forma recogida en este documento, favorece la confianza de los pacientes hacia los profesionales y contribuye a humanizar la asistencia sanitaria. También reduce la posibilidad de litigio en aquellos casos en los que no existen otras fuentes previas de conflicto con el paciente o sus familiares.

La información del incidente en términos de hechos objetivos, junto a una manifestación de pesar por lo sucedido por parte de quien en ese momento representa

a la institución sanitaria, debe entenderse como un acto ético responsable y no como una confesión, dado que esta comunicación no se produciría con las garantías procesales requeridas por la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECrí art. 385 y ss; art. 406; art. 688 p. 2). En caso de litigio, esta información no exime al órgano judicial de comprobar la veracidad de todo lo declarado. En contextos distintos al español, se ha observado que la manifestación de pesar por lo sucedido reduce los costes y la beligerancia en caso de conflicto.

No obstante, hay que considerar que puede existir una alta variabilidad en la reacción de los pacientes al ser informados y que, aunque de una mayoría se espera una reacción positiva y que la relación entre profesionales y pacientes así como la confianza en el sistema sanitario se vea reforzada, en algunos casos puede existir el interés particular de obtener una indemnización o el sentir de culpabilizar al profesional al que se considere responsable de lo sucedido.

En consecuencia:

No hay ninguna directriz en nuestro país que contemple la obligación de pedir disculpas al paciente, solo se cuenta con guías de recomendación en este sentido (Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas, 2015). Una buena práctica asistencial aconseja incluir junto a las explicaciones una disculpa en términos de pesar por lo sucedido.

El hecho de manifestar una disculpa verbalmente en los términos descritos durante la información al paciente tendría escaso o nulo valor probatorio en un litigio posterior. Por tanto, en el caso de España no se considera prioritaria la introducción de cambios legislativos que protejan las expresiones de disculpa.

Se recomienda incluir una disculpa, en los términos antes descritos, en la información al paciente que sufre un incidente con daño. Esta expresión no solo responde a los deseos de la mayoría de los pacientes sino, también, a la necesidad emocional del profesional implicado en el daño y a un compromiso ético.

2. ¿Quién debe disculparse, cuándo?

Son diversas las variables que influyen en el quién, entre las que destacan: la gravedad del EA, el impacto emocional en el profesional implicado (síntomatología de segunda víctima), el impacto mediático, y la ausencia o presencia de conflicto legal. En el extremo de menor complejidad se encontraría el EA con consecuencias leves, en el que el profesional implicado no presenta sintomatología de segunda víctima, y no existe conflicto legal entre las partes ni impacto mediático, situación en la que se aconseja que el informante sea el profesional implicado siempre y cuando se sienta

capacitado para efectuar la comunicación. En caso de que el profesional implicado en el EA no sea el profesional de referencia del paciente, puede valorarse la posibilidad de que ambos estén presentes durante la comunicación, ya que es deseable que el paciente reciba la información de su profesional de confianza. En el extremo opuesto estaría la situación de mayor complejidad (EA con consecuencias graves, profesional implicado con sintomatología de segunda víctima, impacto mediático y conflicto legal) en la que se descarta al profesional implicado en el EA como informante y se aconseja que sea el médico responsable del paciente (siempre y cuando no coincida con la segunda víctima) acompañado por un mando intermedio (jefe de servicio o supervisor/a) quienes informen al paciente y le manifiesten su pesar por lo sucedido en nombre la organización. Se recomienda que la posible participación de la dirección se reserve para encuentros posteriores al inicial sobre todo en casos con un importante componente mediático.

Un profesional con las competencias (actitud, conocimiento y habilidades requeridos) es lo más aconsejable. Este profesional puede coincidir o ir acompañado del médico responsable siempre que esté en condiciones de interactuar con el paciente. En cualquier caso, los profesionales deben sentirse respaldados por la dirección.

Según la gravedad del EA puede ser aconsejable que la información sea proporcionada por los responsables clínicos (jefes/as de servicio, supervisoras/res, coordinadores de centros de salud o miembros del equipo de dirección del centro).

La información debiera ser lo más inmediata al incidente, si bien será necesario, en la mayoría de los casos, considerar varios momentos en dicha información, por ejemplo, informando del daño, su tratamiento, pronóstico y del profesional de referencia para cualquier duda, etc. en un primer momento y, lo antes posible que se disponga de información, las causas del daño y las medidas adoptadas para evitar que vuelva a suceder y la manifestación de disculpa en los términos expresados en este documento.

En consecuencia:

El profesional más directamente involucrado afectado por el conocido como síndrome de segunda víctima (que en muchos casos tiene la necesidad personal de hablar con el paciente) puede no ser la persona más indicada para trasladar esta información.

El profesional a cargo del paciente (normalmente su médico) es la persona más apropiada para ofrecer la información, salvo que se vea afectado emocionalmente por el incidente y, en aquellos casos con consecuencias más graves, debe valorarse si debe

estar acompañado por un responsable clínico (Jefe/a de Servicio) o de la Dirección del Centro.

Debe considerarse la diferente gravedad y la variabilidad de circunstancias que pueden concurrir en un EA a la hora de tomar la decisión de quién y cuándo deben participar de las explicaciones y disculpa al paciente. Debe también considerarse que la información en un primer momento será distinta de la información a los pocos días y que, en cada ocasión, el interlocutor o los interlocutores pueden variar.

3. ¿Debe incluirse información sobre una posible compensación?

No, dado que las condiciones particulares de la póliza de seguro y la normativa (Ley 50/1980 de Contrato de Seguro) lo impiden. Adicionalmente, hay que considerar el volumen de pacientes que sufre algún tipo de daño pero que no solicitan compensación económica y la información que se les facilita les hace comprender lo sucedido y actuar de este modo.

Una parte importante de los litigios se debe a la falta de información o a una información insuficiente o poco clara acerca de los incidentes que se producen en el curso de la asistencia sanitaria.

Los modelos basados en la mediación (conciliación y arbitraje) incluyen una vía para la compensación. Según las experiencias, en unos casos esta mediación se realiza por organismos independientes y en otros es la propia institución la que cuenta con un perfil profesional que realiza esta función, en ambos casos dicho perfil tiene la facultad de realizar una propuesta económica de compensación.

En consecuencia:

Por norma general, no se recomienda incluir información sobre una posible compensación en la comunicación del EA al paciente. Sin embargo, sí es aconsejable coordinarse con Servicios Jurídicos y proporcionar la información oportuna sobre vías de reclamación en caso de que el paciente o su familia la soliciten. No obstante, sería deseable de cara al futuro que al menos en casos de EA con consecuencias graves no existiese una discriminación del sector poblacional menos instruido y se facilitase la información acerca de la compensación, incluso sin mediar solicitud previa.

4. ¿Baremo compensaciones, en qué casos?

En caso de EA grave, definido como una incidencia inesperada en las que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o existe riesgo de que se

produzca. Las lesiones graves incluyen específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas (OMS, 2009).

Se resalta la utilidad de los sistemas de Mediación como alternativa a la vía judicial. La mediación (o el arbitraje) protegen los derechos de los pacientes y permiten reconocer, en su caso, compensaciones justas.

En consecuencia:

El baremo de compensación se aplicaría en casos de EA en relación con la gravedad y la trascendencia del daño.

Referencias:

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Australian Open Disclosure Framework. Better communication, a better way to care. Sidney: Commonwealth of Australia; 2013.

Communication and Optimal Resolution (CANDOR). May 2016. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/candor/index.html>

de Wit ME, Marks CM, Natterman JP, Wu AW. Supporting second victims of patient events: shouldn't these communications be covered by legal privilege? J Law Med Ethics. 2013;41:852-8.

Gallagher TH, Waterman AD, Garbut JM, Kapp JM, Chan DK, Dunagan WC., et al. US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. Arch Intern Med. 2006;166:1605-11.

Giraldo P, Corbella J, Rodrigo C, Comas M, Sala M, Castells X. Análisis de las barreras y oportunidades legales-éticas de la comunicación y disculpa de errores asistenciales en España. Gac Sanit. 2016;30:117-20.

Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. 2015. Disponible en: <http://goo.gl/RUJTs8>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 128 (29-05-2003).

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, núm. 274 (15-11-2002).

Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. Boletín Oficial del Estado, núm. 250 (17/10/1980).

Loren DJ, Garbutt J, Dunagan WC, Bommarito KM, Ebers AG, Levinson W, et al. Risk managers, physicians, and disclosure of harmful medical errores. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010;36:101-8.

Lu DW, Guenther E, Wesley AK, Gallagher TH. Disclosure of harmful medical errors in out-of-hospital care. *Ann Emerg Med.* 2013;61:215-21.

Martín-Delgado MC, Fernández-Maillo M, Bañeres-Amella J, Campillo-Artero C, Cabré-Pericas L, Anglés-Coll R, et al. Conferencia de consenso sobre información de eventos adversos a pacientes y familiares. *Rev Calid Asist.* 2013;28:381-9.

Mastroianni AC, Mello MM, Sommer S, Hardy M, Gallagher TH. The flaws in state “apology” and “disclosure” laws dilute their intended impact on malpractice suits. *Health Aff (Millwood).* 2010;29:1611-9.

Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:151.

Mira JJ, Lorenzo S; Grupo de Investigación en Segundas Víctimas. Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a los/las pacientes tras un evento adverso. *Gac Sanit.* 2015;29:370-4.

O’connor E, Coates HM, Yardley IE, Wu AW. Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *Int J Qual Health Care.* 2010;22:371-9.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (Versión 1.1). WHO; 2009.

Wu AW, Boyle DJ, Wallace G, Mazor KM. Disclosure of adverse events in the United States and Canada: an update, and a proposed framework for improvement. *J Public Health Res.* 2013;2:e32.

Respuestas de los participantes a las preguntas clave

1. Podemos recomendar pedir perdón, en qué casos o manifestar disculpa

- A. Sí. En todos los casos. Paulatinamente. Requiere cambio cultural.
- B. No es aconsejable.
- C. Manifestar disculpa siempre. La relación previa con el paciente debe alentar hacerlo así. Hacerlo de forma proactiva. Si la información es a demanda de la familia o paciente responder de inmediato y de forma clara y transparente.
- D. Sí, en algún caso es lo único que se puede hacer y puede transmitir una imagen de seriedad y confianza en profesionales y organizaciones. Puede ser también beneficioso para el profesional. Siempre creo que se deben pedir disculpas con un enfoque de fallo sistémico, no personal.
- E. Debería pedirse disculpas, manifestar que lamentamos lo que ha ocurrido y que se van/o vamos a tomar medidas para que no vuelva a ocurrir analizando a fondo el caso.
- F. Sí es recomendable, pues es un deber ético y deontológico lo que hay que determinar es qué casos.
- G. Se debe informar objetivamente de lo ocurrido. No se debe culpabilizar a nadie, ni a sí mismo ni a terceros. Cuidar expresiones que puedan sugerir malpraxis. De forma neutra se puede utilizar expresiones como “lo lamento”. Todo lo anterior dentro de una práctica general de información al paciente.
- H. Es preferible disculparse en lugar de pedir perdón.
- I. Mejor pedir disculpas que perdón.
- J. Sí, en temas graves o en aquellos claramente flagrantes. Beneficia a la organización reconocer sus errores.
- K. Pedir disculpa cuando se haya producido un daño importante al paciente, y cuando el paciente se beneficie de esa información.
- L. Me parece que en determinados casos muy concretos con un daño relevante es recomendable. No obstante, lo más importante a mi parecer es informar adecuadamente al paciente durante todo el proceso médico de la evolución y de cualquier duda o cuestión que desea hacer.
- M. Dependiendo del evento adverso, yo optaría por dar una explicación “general” en un primer momento, investigar y después informar más detalladamente del resultado de la investigación. En aviación es más fácil... esperan siempre a la “caja negra” que se supone que es la que da la causa

del problema. Creo que en el documento de segundas víctimas está bien orientado. El tema es cómo hacer la comunicación.

- N. Reconocer que las cosas no han ido como estaban planificadas. Para hacerlo, debe figurar en el plan de seguridad de la institución o gerencia de primaria, de tal forma que esté explicitado el compromiso del servicio de salud y el pacto de este con la compañía que asume la responsabilidad civil.
- O. Podemos recomendarlo. Tiene sentido cuando el incidente de seguridad ha ocasionado daño al paciente.
- P. No soy partidario de pedir perdón, si de reconocer todo accidente médico incluso antes de que lo conozca el paciente. Ni disculpas, ni perdón. Comunicación experta y ofrecimiento de opciones reparativas (ojo, no obligatoriamente económicas).
- Q. Debemos recomendar “decir lo siento” pero articulando mecanismos de apoyo a los profesionales para orientar de un modo efectivo la forma de comunicar al paciente la producción de un efecto adverso.

2. Quién debe disculparse o pedir perdón, cuándo

- A. Cuanto antes. Los profesionales, en casos graves sus responsables (jefe de servicio).
- B. El médico responsable del paciente – Ley autonomía siempre y cuando no sea el mismo que ha provocado el daño. Al paciente no le va a gustar.
- C. El profesional de referencia del paciente acompañado por algún superior jerárquico. Si está implicado y afectado por el evento el que comunica es un superior con alguien conocido del paciente. Que esté representado enfermería y medicina siempre que haya implicación compartida.
- D. Creo que no hay “recetas”. En general se podría decir que el profesional encargado de la asistencia, pero en alguna ocasión, la situación del profesional y la desconfianza de pacientes/familiares pueden desaconsejar que sea este profesional. Lo que sí me parece trascendente es que se piense siempre en el proceso (quién, cuándo, cómo, dónde, qué...) y que la información, incluyendo estas disculpas sea continua. El momento de la disculpa será cuando se tenga la suficiente certeza de que debemos expresar el lamento.
- E. El profesional implicado y/o responsable del paciente, acompañado si no se ve con ánimos para hacerlo en casos graves. En casos leves, el implicado. Debe hacerse una vez se ha recogido toda la información sobre lo que ha ocurrido, no adelantarse ni responsabilizar a otros (“ha sido la enfermera,...” “ha sido el Dr. X...”).

- F. Evidentemente debe ser el médico responsable del proceso asistencial. Aunque debiera pedir asesoramiento o apoyo de superiores (jefes, compañeros) y de la institución.
- G. En todo caso la persona que intervino. Podría/debería estar acompañado de un tercero, especializado a poder ser.
- H. Profesional formado para ello, con apoyo del profesional implicado en caso necesario.
- I. Un responsable formado y designado por la organización. Una vez se conozca el daño producido. Prioritariamente en eventos adversos graves.
- J. Jefe de servicio, si fuera preciso “subir escalones”, estaría la dirección médica o de enfermería y la dirección gerencia.
- K. El propio profesional que ha cometido el error. El jefe de servicio. La dirección del centro. Creo que debe ser el propio profesional, aunque habría que habilitarle de herramientas para ello. Y ¿en qué momento?
- L. En la mayoría de las ocasiones las causas del incidente son complejas y compartidas por diferentes profesionales, e incluso por la organización propiamente dicha. En general debería disculparse ante casos graves: el médico responsable, el jefe de servicio y un miembro de la dirección médica.
- M. Depende también del tipo de evento adverso. Lo ideal sería que fuera el médico responsable del paciente, apoyado por compañeros o dirección según matices. Dependerá también de lo afectado que esté el médico (si él ha cometido el error) quizá sea más fácil si el error lo ha cometido otro miembro del equipo.
- N. El profesional responsable del paciente (pero no siempre es fácil identificarlo en los eventos). Si es grave o muy grave, contar con el apoyo de directivos.
- O. Debe disculparse o, al menos, transmitir las disculpas de la organización el profesional interlocutor habitual del paciente aquél en quien confía el paciente.
- P. En mi opinión un responsable de tal función, médico y formado al efecto, con apoyo externo. Ofreciendo posteriormente reunirse con su médico o con un comité de posible compensación o mediación.
- Q. No es aconsejable que el propio profesional causante o responsable pida disculpas en el primer momento. La conversación inicial con el paciente debe limitarse a describir los hechos y, solo después, con los apoyos que convenga en función de las consecuencias, debería afrontar la actuación.

3. Debe incluirse información sobre una posible compensación

- A. No lo veo necesario.
- B. Hay que dar información sobre las posibilidades que tiene pero nunca empujarlo a hacerlo.
- C. Siempre que la demanden los pacientes o familia. Siempre que se haya acordado con los Servicios Jurídicos. Debe profundizarse en esta cuestión con los Servicios Jurídicos y las aseguradoras para que sea posible informar siempre a todos.
- D. Sí, creo que se debe informar de manera general de la responsabilidad de los profesionales, organizaciones y cómo se pueden exigir estas responsabilidades.
- E. Creo que debe esperarse la reacción del paciente o la familia. No adelantarse. Aunque ante la pregunta puede afirmarse que existe esta posibilidad.
- F. De forma genérica, no. Quizás fuera preciso comunicar por algún medio que los errores pueden generar indemnización.
- G. Si lo de las previsiones que contempla el propio sistema, explicando que no comporta aceptar ningún fallo profesional. (Me parece bien que no se tome la iniciativa sobre esta explicación, solo si se pregunta explícitamente).
- H. Posiblemente a priori no sería recomendable.
- I. Sí, si existe esa posibilidad. Es decir si lo contempla la ley. O al menos informar de qué vías de reclamación tiene.
- J. No, solo si preguntan directamente.
- K. No si el paciente no lo solicita.
- L. En mi opinión no debería incluirse. Me gusta la figura del médico conciliador.
- M. Dejar claro que existe una vía para reclamaciones a través del SAPU u otro tipo. También depende del evento adverso.
- N. No inicialmente.
- O. En un primer momento no parece procedente.
- P. Sí, si el paciente la pide.
- Q. No debe incluirse información sobre compensación. Este tipo de información nunca debería formar parte sin antes determinar la praxis y conocer el daño causado.

4. Baremo compensaciones, en qué casos

- A. Requiere consenso y cambio cultural.
- B. Evidentemente en eventos serios. Faltaría definir y delimitar claramente a estos efectos el concepto de daño moderado y el daño el moral o no físico.
- C. En primer lugar disponer de Baremo para tener información concreta. En todos los casos en que suponga una carga para la familia, que no se resuelva con la asistencia hasta subsanar el efecto del evento y deje la situación familiar "TOCADA" y mermada.
- D. –
- E. En casos en que haya limitación funcional o un gran perjuicio (ingreso en UCI, alargamiento considerable de la estancia,...), o secuelas psicológicas.
- F. Sí, es necesario, aprobar de una vez el baremo de daños sanitarios, pues aunque no pudiera ser totalmente justo, sí establecería criterios de valoración.
- G. Puede ser útil de forma orientativa, nunca vinculante (pues las situaciones personales, familiares, laborales pueden influir a quien el cálculo del daño que en el ámbito del tráfico motorizado).
- H. Baremo específico sanitario en aquellos casos en el que el paciente se haya visto dañado.
- I. Habría que valorar si se hace con el Baremo de tráfico o no. Prioritariamente en eventos adversos graves.
- J. Baremo médico necesario y urgente.
- K. ¿La compensación debe ser siempre económica?
- L. No debe ser abordado por el médico.
- M. No lo sé. Supongo que eso ya corresponde a las aseguradoras.
- N. Un pacto nacional. Puede llevar a hacer el sistema insostenible.
- O. Esto debe ser gestionado desde la Asesoría Jurídica.
- P. El baremo nuevo obliga a una oferta motivada. Estaré en el campo de lo que hablamos pero ¡jojo! No es obligatorio, se puede recurrir a otros.
- Q. El baremo debería ajustarse a lo que se determine por ley. En la actualidad el Baremo de autos es el baremo de referencia, en ausencia de Baremo de daños sanitarios.

Otros comentarios

- C. Soy partidaria de pilotar la experiencia en varios hospitales para resolver las dudas y los miedos con evidencias como propone el Prof. Carlos Romeo Casabona.

Ideas coincidentes en las respuestas de los participantes

Idea	Espontaneidad
1. Podemos recomendar pedir perdón, en qué casos o manifestar disculpa	
¿Expresiones emocionales? Y en su caso ¿disculpa o perdón?	
Inclusión de expresión emocional en la información al paciente.	12
Disculpa en lugar de perdón.	8
Enfoque de fallo sistémico y formulaciones “neutras” (p. ej. sentimos que el resultado no haya sido el esperado).	3
Ninguna de las dos expresiones es aconsejable.	2
¿En qué casos?	
En todos los casos.	3
Solo en caso de EA con consecuencias graves.	3
Solo en caso de incidente con daño.	1
2. Quién debe disculparse o pedir perdón, cuándo	
¿Quién?	
Responsable asistencial del paciente (interlocutor habitual, profesional de mayor confianza) con posibilidad de acompañamiento (profesional implicado en el EA o superior jerárquico en función de las características del caso).	7
El/los profesional/es implicado/s en el EA con posibilidad de acompañamiento según la gravedad del caso.	4
En casos graves, jefe de servicio con posibilidad de acompañamiento por médico responsable del paciente y miembro de la dirección.	3
Profesional específicamente formado a tales efectos.	3
Se desaconseja que sea el profesional directamente implicado en el evento.	2
Jefe de servicio.	1
¿Cuándo?	
Una vez conocido el daño y la necesidad de pedir disculpas.	2
Cuanto antes.	1
3. Debe incluirse información sobre una posible compensación	
No, al menos inicialmente o por sistema.	9
Solo en caso de que la demande el paciente o su familia.	6
Sí, información sobre posibilidades y vías de reclamación disponibles.	4

4. Baremo compensaciones, en qué casos

En casos de EA con consecuencias graves.	5
Necesidad de elaborar/aprobar un baremo sanitario.	4
Competencia de la asesoría jurídica y aseguradoras, no del médico.	3
Utilidad orientativa, no vinculante.	1