

Cómo hablarle a la gente de Seguridad del Paciente*

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Compañía de Seguros

Hasta el momento, la mayoría de las personas no piensan que la seguridad del paciente sea un tema central de las políticas de salud. Y, aunque muchas organizaciones dedicadas a generar conciencia sobre este problema están trabajando para cambiar el discurso público, este aspecto crítico de la atención sanitaria recibe muy poca cobertura por parte de los medios de comunicación. Esta realidad representa tanto un riesgo como una oportunidad para quienes desde distintos ámbitos luchan todos los días para reducir los errores médicos. El riesgo está dado por la inercia política. A menos que se cultive una conversación cada vez más visible e informada sobre lo que se necesita para mejorar la seguridad, y mientras no se consiga un número mayor de interesados, seguirá siendo muy difícil promover el apoyo a los cambios sistémicos requeridos para reducir los daños asociados a la atención médica. La oportunidad está en la posibilidad de definir y explicar el problema a la población. Los profesionales de la seguridad del paciente, los expertos y promotores de este nuevo paradigma se encuentran en una posición que raramente los activistas de otras causas suelen tener: la posibilidad de introducir un tema poco conocido en el discurso y la conciencia pública.

Quienes trabajan en el campo de la seguridad del paciente, entendiendo que se enfrentan a un problema de enorme relevancia, a menudo recurren a destacar la frecuencia y magnitud de los eventos adversos para atraer la atención sobre este tema. Sin embargo, la investigación y el análisis llevado a cabo por FrameWorks (Ver Cuadro 1), sugiere que los expertos y defensores de la seguridad del paciente deben ampliar su estrategia de comunicación. Cuando los expertos hablan de este tema con personas no especializadas, deben entender que el énfasis sobre la prevalencia de errores médicos no es suficiente para que los legos en la materia profundicen su comprensión sobre lo que significa la seguridad del paciente.

* Traducción libre y adaptación del documento: "How to Talk about Patient Safety. A FrameWorks Message Memo" Hendricks R. O'Neil M, Volmert A..FrameWorks, March 2019.

Original en inglés: <https://www.betsylehmancenterma.gov/assets/uploads/Patient-Safety-MessageMemo-2019.pdf>

Traducción: Fabián Vítolo. Noble Compañía de Seguros, 2019

En la misma línea, el excesivo foco en los casos pacientes dañados y la falla para definir de manera clara conceptos básicos que son muy difíciles de comprender para la gente común (seguridad del paciente, sistema de salud, "empoderamiento", etc.), tampoco aumentará su participación o compromiso con este tema. Estas estrategias llevan a que las personas vean a los errores médicos como problemas demasiado grandes y complejos de resolver y refuerzan la sensación de que el único medio de prevención es una fuerte vigilancia o bien un castigo ejemplificador para los profesionales que se equivocan. Enmarcando al problema de esta manera, la gente tiene muchas dificultades para entender el sentido de las políticas e iniciativas preventivas que vayan más allá de la responsabilidad individual.

Tabla 1. Sobre el Instituto FrameWorks

El FrameWorks Institute es un "think tank" sin fines de lucro que busca potenciar las comunicaciones de las organizaciones sin fines de lucro, ayudándolas a enmarcar el discurso público sobre distintos problemas sociales. Su trabajo se basa en el Strategic Frame Analysis®, que consiste en un abordaje multimodal y multidisciplinario a la investigación empírica. FrameWorks diseña, conduce, publica, explica y aplica la investigación en comunicaciones para preparar a las organizaciones sin fines de lucro para que puedan expandir su base de interesados, sumar voluntades y fomentar la comprensión pública de las necesidades sociales específicas de la población (ej. medio ambiente, gobierno, discriminación, salud, minoridad, entre otras.) Su trabajo es único por su amplitud, que va desde la investigación cualitativa, cuantitativa y experimental hasta el desarrollo de herramientas de comunicación aplicada, talleres virtuales y campañas publicitarias. FrameWorks se fundó en 1999. En 2015, la organización fue una de las nueve organizaciones sin fines de lucro en todo el mundo en recibir el Premio MacArthur para instituciones creativas y eficaces.

La comunidad de especialistas en seguridad del paciente podría cambiar la actual conversación, dominada por las estadísticas de errores, adoptando un marco que se centre en la explicación. Un marco explicativo, cualquiera sea el tema que se trate, no da nunca por sentada la comprensión del lego, sino que en cada punto de la comunicación define, aclara y conecta conceptos. En el caso de la comunidad de expertos en seguridad del paciente, este marco de soluciones conectadas debería definir la seguridad del paciente, establecer la prevalencia de los errores médicos, elaborar las causas sistémicas y demostrar cómo y por qué las soluciones propuestas serán efectivas para abordar el problema. Debe también explicar cómo los sistemas de atención médica generan condiciones bajo las cuales los errores médicos son más o menos probables e ilustrar concretamente cómo se puede mejorar la salud y reducir el daño a los pacientes mejorando el sistema. En lugar de detenerse en los errores médicos que ya se han producido, un marco de soluciones conectadas se centra en el concepto más dinámico de la

prevención, invitando a la gente a pensar en la prevención como un proyecto compartido del que participan múltiples actores. Un marco comunicacional de este tipo debe demostrar una amplia gama de políticas e iniciativas que puedan reducir los errores médicos.

La comunidad de seguridad del paciente puede catalizar el cambio que se necesita en las comunicaciones públicas adoptando un conjunto de directrices concretas y fáciles de seguir:

- Defina términos tales como seguridad del paciente y errores médicos.
- Conecte los puntos entre las causas y las soluciones
- Utilice la metáfora de la aviación para explicar cómo se producen los errores médicos y cómo pueden reducirse.
- Utilice la metáfora de "a prueba de fallas" para ayudar a la gente a comprender cómo deben ser las soluciones
- Explique en lugar de afirmar la prevalencia de errores médicos
- Adopte un tono más de eficacia que de crisis
- Incluya el panorama completo, en lugar de enfocarse en una sola causa o solución.
- Explique la importancia de la participación del paciente sin hablar de "empoderamiento"

Cada uno de estos ajustes en la comunicación puede marcar una diferencia por sí solos. Sin embargo, cuando se adoptan en conjunto, el todo se convierte en algo más que la suma de las partes. El resto de este documento reúne más información sobre las evidencias que apoyan estas recomendaciones, lo que cada una de ellas implica y cómo ponerlas en práctica en las comunicaciones con la comunidad.

¿Qué investigación sobre comunicaciones necesita un sector para reformular un tema?

¿Qué dice la investigación en seguridad del paciente?

Para sintetizar el consenso de los expertos en seguridad del paciente, FrameWorks condujo entrevistas entre octubre y noviembre de 2016 con 12 líderes expertos en este tema. La información obtenida fue complementada con una revisión de la literatura académica y de difusión pertinente y luego perfeccionada durante una serie de sesiones de feedback con líderes en el campo.

¿Cómo piensan el público y los profesionales de la salud?

Para documentar lo que entiende el público por seguridad del paciente, FrameWorks llevó a cabo entrevistas cognitivas en profundidad y analizó las transcripciones resultantes a fin de identificar los supuestos básicos implícitos compartidos que estructuran el pensamiento público sobre este tema. Se realizaron veinte entrevistas en distintas ciudades de los Estados Unidos. A esto se agregaron 10 entrevistas con profesionales de la salud vía Skype o teléfono.

¿Qué mensajes pueden cambiar la forma de pensar sobre seguridad?

Para identificar formas efectivas de hablar sobre seguridad del paciente, los investigadores de FrameWorks desarrollaron y probaron un conjunto de "mensajes candidatos". Se utilizaron tres métodos primarios para explorar y refinar posibles reformulaciones:

- Entrevistas en la calle que incluyeron pruebas rápidas, cara a cara, de los distintos elementos del mensaje para determinar su capacidad de provocar la discusión y de llevar a una comprensión sólida y productiva de la seguridad del paciente. Se llevaron a cabo un total de 49 entrevistas entre abril y mayo de 2018.
- Una serie de encuestas experimentales en las que participó una muestra representativa a nivel nacional de 6.188 personas. Se probó la eficacia de una variedad de mensajes sobre la comprensión, las actitudes y el apoyo del público a las políticas tendientes a mejorar la seguridad del paciente.
- Una serie de pruebas cualitativas y grupales con un total de 36 personas (12 profesionales de la salud y 24 miembros del público) para explorar cómo funcionaban los marcos más efectivos en entornos de conversación

Más de 6.300 personas de distintas partes de los EE.UU fueron incluidas en esta investigación

Investigaciones previas:

- *Safety Is More than Caring: Mapping the Gaps between Expert, Public, and Health Care Professional Understandings of Patient Safety (2018)*. Este informe resume cómo piensan y entienden los profesionales de la salud y el público en general la seguridad del paciente y explora sus implicancias para la estrategia comunicacional.
- *Telling a Story of Safety: Media and Organizational Discourse on Patient Safety (2018)*.

Estrategias de reencuadre del problema basadas en la evidencia

Para reforzar la importancia de la seguridad del paciente y generar más conciencia, los comunicadores necesitan estrategias que permitan enmarcar la discusión, desplazar el pensamiento negativo que la mayoría de la gente tiene sobre este problema, y abrir nuevas formas de pensar más productivas. La percepción pública de este tema plantea múltiples desafíos comunicacionales a los defensores de la seguridad del paciente; la reformulación de esta problemática requiere de un nuevo marco y de diferentes señales y herramientas de comunicación que pueden ser desplegadas para propósitos específicos.

Con este objetivo, los investigadores de FrameWorks diseñaron una serie de estudios cuali y cuantitativos para probar los efectos de distintos marcos de conversación y narrativas.

¿Cómo debería explicarse el tema? ¿Qué es lo que funciona?

Esta es una pregunta empírica. Para llegar a tener un conjunto de herramientas y tácticas de conversación que los promotores de la seguridad pudieran usar con confianza, los investigadores de FrameWorks diseñaron una serie de estudios cualitativos y de experimentos cuantitativos que pusieran a prueba la eficacia de los diferentes elementos del marco en el que debía desenvolverse el experto en seguridad del paciente para comunicar su perspectiva a la gente común. Los elementos probados incluían cadenas explicativas, uso de metáforas, tono y ejemplos.

Los métodos cualitativos probaron los efectos de distintos mensajes para ver cómo la exposición a los mismos afectaba la forma en la que los participantes hablaban sobre la seguridad del

paciente y los errores médicos. Al explorar la forma en la que los participantes recepcionaban el lenguaje de los mensajes, y analizando si se producían cambios en su discurso, los investigadores fueron capaces de ver qué mensajes eran efectivos y cuáles no, identificando las características que los hacían más productivos.

El experimento cuantitativo consistió en una encuesta que utilizó una muestra grande y representativa de la población a nivel nacional. Los encuestados fueron divididos aleatoriamente en dos grupos: un grupo control y otro que recibió un tratamiento de mensajes sobre seguridad del paciente. A los miembros del grupo control se les entregó una breve descripción de política de seguridad de pacientes ficticia. El grupo sometido al "tratamiento de mensajes" recibió un conjunto de mensajes cortos en donde el acto médico estaba insertado en marcos específicos. Se les pidió luego a ambos grupos que completaran una encuesta que indagó sus conocimientos, actitudes y preferencias de políticas sobre la seguridad del paciente. Un marco de mensajes "funciona" cuando conduce a cambios positivos en estos resultados (conocimientos, actitudes y preferencias de políticas). En la Tabla 1 se brindan algunos ejemplos de las preguntas de la encuesta.

Tabla 1. Resultados deseados de las comunicaciones: Conocimientos, Actitudes y Preferencias de Política

Resultados deseados	Ejemplos de Preguntas
Apoyo a iniciativas políticas ficticias diseñadas para aumentar la seguridad del paciente y reducir los errores médicos	¿En qué medida está a favor o en contra de la iniciativa? (<i>Me opongo rotundamente; Me opongo; Me opongo un poco; ni a favor ni en contra; Algo a favor; A favor; Fuertemente a favor</i>)
Comprensión de la prevalencia de errores médicos	Los errores médicos son raros en los EE.UU (<i>Fuertemente en desacuerdo; En desacuerdo; Algo en desacuerdo; Ni de acuerdo ni en desacuerdo; Algo de acuerdo; Acuerdo; Fuertemente de acuerdo</i>)
Comprensión del rol de los sistemas y protocolos	<p>¿Cuál de las siguientes opciones sería más efectiva para reducir los errores médicos?</p> <p>a) Exigir a los profesionales médicos que utilicen instrucciones paso a paso cada vez que hacen un procedimiento específico.</p> <p>b) Castigar a los profesionales de la salud que cometan errores.</p> <p>c) Permitir que los profesionales de la salud confíen más en su experiencia e intuición y menos en procedimientos predeterminados.</p>
Comprensión del rol de la cultura institucional	<p>¿Cuál de los siguientes factores cree usted que es el más responsable de causar errores médicos?</p> <p>a) Algunos profesionales de la salud no se sienten libres de hablar sobre temas que observan y que afectan la seguridad</p> <p>b) Algunos profesionales de la salud no siguen exactamente las órdenes de sus supervisores.</p> <p>c) Algunos profesionales de la salud simplemente no se preocupan demasiado por evitar errores</p>

<p>Visión sobre la relación médico-paciente</p>	<p>¿Cuál de las siguientes opciones es la más importante para una buena relación médico-paciente?</p> <p>a) Los pacientes deben sentirse cómodos haciendo preguntas.</p> <p>b) Los pacientes deben respetar la autoridad y el conocimiento del médico y seguir sus recomendaciones.</p> <p>c) Los médicos deben recordar detalles sobre la salud y la vida de los pacientes en general.</p>
<p>Comprensión del rol de las políticas en los establecimientos de salud</p>	<p>¿Qué pueden hacer los líderes de los centros ambulatorios y hospitales para reducir los errores médicos?</p> <p>a) Establecer metas específicas para disminuir los errores.</p> <p>b) Vigilar más de cerca a su personal.</p> <p>c) Conocer mejor a su personal como personas.</p>
<p>Sensación de eficacia colectiva</p>	<p>¿Cuán optimista o pesimista se siente acerca de que nosotros, como sociedad, podamos reducir los errores médicos en este país?<i>(Extremadamente pesimista, Pesimista, Algo pesimista, Ni optimista ni pesimista, Algo optimista, Optimista, Extremadamente optimista)</i></p>
<p>Sensación de responsabilidad colectiva</p>	<p>En su opinión, ¿cuánta obligación tiene nuestra sociedad de</p> <p>reducir los errores médicos en este país? <i>(Ninguna obligación en absoluto, Una muy pequeña obligación; Una obligación pequeña, Una obligación moderada, Una obligación grande,</i></p> <p><i>Una obligación muy grande, Una obligación extremadamente grande)</i></p>
<p>Preguntas abiertas</p>	<p>¿Qué tipo de cosas cree usted que ayudarían a reducir los errores médicos en nuestro país?</p>

Las respuestas de los grupos de control y "con tratamiento de mensajes" se compararon para determinar si la forma de dar el mensaje afecta el pensamiento sobre el tema. Los investigadores controlaron un rango de variables demográficas, (edad, raza, clase social, género) mediante la realización de un análisis estadístico de regresión múltiple que garantizara que los efectos observados se debieran realmente a los mensajes y no estuvieran sesgados por las variaciones demográficas de la muestra. Una diferencia estadísticamente significativa entre las respuestas del grupo control y el grupo con tratamiento es una señal de que el mensaje y marco que se le dio a este último grupo afectó positivamente su opinión sobre la seguridad de los pacientes.

A continuación, las principales recomendaciones que surgieron de este análisis.

RECOMENDACIÓN

Defina explícitamente los términos "seguridad del paciente" y "error médico" para mejorar la comprensión del problema

El concepto de seguridad del paciente que manejan los expertos no es familiar para la mayoría de la gente; tampoco pueden acceder fácilmente a información sobre el tema (más allá de las historias de terror que de tanto en tanto salen en los medios). El público en general no está demandando que su atención sea más segura y desconoce la importancia de medir o evaluar la seguridad del paciente de manera formal. Tampoco tiene muy en claro lo que constituye un error médico y lo que no, a pesar de tener cada vez mayor familiaridad con el término.

Los expertos y los promotores de la seguridad del paciente deben definir explícitamente ambos términos siempre que sea posible. La investigación de FrameWorks sugiere que estas definiciones deben incluir dos elementos claves:

1. Destacar que el daño se puede prevenir. La orientación de las personas hacia la posibilidad de prevención es importante para evitar el fatalismo, es decir, asumir que los errores son inevitables. Como se discutirá a continuación, se deben tomar medidas adicionales para llegar a este punto, pero orientar a las personas hacia la prevención cuando se define el problema es un primer paso importante.

2. Incluir varios ejemplos concretos de errores médicos. Como la gente no tiene mayor noción de lo que involucra este tema, los ejemplos los ayudarán a comprender rápidamente la naturaleza del problema

Antes

“Los errores médicos se producen cuando los pacientes experimentan daños en su atención que podrían haberse evitado.”

Después

“Los errores médicos evitables incluyen dar a un paciente la dosis incorrecta de un medicamento, realizar un procedimiento en el paciente equivocado, no hacer un seguimiento de los resultados de laboratorio importantes o propagar las infecciones debido a una higiene deficiente.”

RECOMENDACIÓN

Para ayudar a que la gente se focalice en la seguridad, hable de “atención médica” y no de “atención de la salud”

Cuando la gente escucha hablar sobre la “atención de su salud”, inmediatamente tienden a pensar en su cobertura médica o en el sistema. Una vez enfocados en su obra social o prepaga, las conversaciones rápidamente los llevan a quejarse sobre su alto costo, haciendo más difícil que se concentren en temas de seguridad. Tal vez de manera más perniciosa, cuando el foco está sobre la “atención de la salud”, las personas suelen adoptar una perspectiva consumista; entonces, cuando se les habla de seguridad, abordan el tema a través del prisma de los negocios o de la perspectiva del consumidor. Cuando la gente es orientada hacia las elecciones del consumidor, concluyen que los pacientes son responsables (cuando pueden) de sus decisiones de cobertura y les cuesta pensar en los factores institucionales que contribuyen o perjudican la seguridad de los pacientes.

La investigación de FrameWorks sugiere que, cuando sea posible, los promotores de la seguridad utilicen el término “atención médica” para eludir las asociaciones improductivas con el sistema de salud. Aún este mínimo cambio en la terminología puede dar espacio para conversaciones sobre seguridad más sistémicas y orientadas a las políticas de prevención.

RECOMENDACIÓN

Conecte los puntos entre las causas y las soluciones

A las personas les cuesta comprender por qué ocurren los errores médicos. La primera explicación que les viene a la mente es que las equivocaciones son una parte inevitable de la naturaleza humana, lo que los lleva, como vimos, a adoptar una actitud fatalista acerca de la posibilidad de prevenir errores médicos. Esta sensación de que "errar es humano" se ve aún más exacerbada cuando la gente piensa en médicos, enfermeras, etc. Una gran mayoría asume que los profesionales están muy presionados de tiempo y sobrecargados, algo que ven como inalterable, lo que los hace aún más propensos al error. Como la gente ve a los errores médicos como la consecuencia inevitable tanto de la naturaleza humana como de un sistema de atención que apenas comprenden, les es muy difícil pensar en la forma de prevenir errores.

Los investigadores de FrameWorks plantearon la hipótesis de que si se ayuda a la gente a comprender mejor las causas sistémicas de los errores médicos, es más probable que reconozcan que los mismos pueden ser prevenidos mediante soluciones sistémicas. Para demostrar su hipótesis, los investigadores probaron con un ejercicio mediante el cual los participantes debían unir los puntos entre un conjunto de causas y otro de soluciones. Se comparó un grupo instruido en las causas sistémicas del error con un grupo control. Los resultados demostraron que los mensajes adecuados aumentaron significativamente la comprensión de las causas y soluciones e incrementó la sensación de eficacia colectiva (la convicción de que se pueden reducir los errores médicos con políticas y sistemas adecuados)

Las explicaciones llevan a la gente a pensar más allá de los factores individuales del error y los hacen comprender los factores contribuyentes sistémicos. Al ayudar a la gente a comprender las causas raíces de muchos errores, se los ayuda también a reconocer que las soluciones sistémicas sí pueden reducir errores.

Para reformular la seguridad del paciente, los expertos necesitan ofrecer explicaciones claras de causa-efecto¹ que influyen en el cuadro, mostrando cómo se producen los errores médicos y cómo las soluciones sistémicas pueden abordar estas causas. Secuencias cuidadosamente armadas de "qué- afecta- qué" pueden brindar a los no expertos una forma alternativa de

¹ Nota del traductor: Si bien investigaciones recientes han demostrado que las relaciones causa-efecto no siempre explican los accidentes que ocurren en sistemas complejos como la atención de la salud, la simplificación puede ser útil para el gran público. En muchos accidentes los fenómenos no son causales sino fenómenos emergentes y transitorios.

entender el problema y llevarlos a valorar más plenamente las soluciones sugeridas por los especialistas en seguridad.

Antes

"El error de diagnóstico ha estado en las noticias recientemente, etiquetado como la preocupación número 1 dentro de una lista de las diez principales preocupaciones sobre la seguridad del paciente. Según otras evaluaciones, es también una de las principales causas de juicios por mala praxis... Los errores diagnósticos representan un desafío complejo, ya que en su génesis intervienen múltiples factores contribuyentes, tanto cognitivos como sistémicos. Sin embargo, algunos investigadores y profesionales de la salud están poniendo en práctica teorías innovadoras, incluyendo modelos de atención primaria centrados en el paciente, que extienden la responsabilidad del diagnóstico más allá del médico generalista para incorporar a enfermeros, patólogos, radiólogos y otros."

Después

- *"Arribar al diagnóstico correcto es crítico para indicar un tratamiento un correcto. La salud de los pacientes que fueron mal diagnosticados en vez de mejorar puede empeorar."*
- *"Cuando un diagnóstico está equivocado, se llama "error de diagnóstico". En este momento, estos errores son comunes. De hecho, la investigación sugiere que miles de pacientes mueren cada año debido a errores de diagnóstico."*
- *"Una de las razones por las que se producen los errores de diagnóstico es porque los médicos no tienen toda la información que necesitan para arribar al diagnóstico correcto."*
- *"Podemos tomar medidas para asegurarnos de que los médicos tengan la información que necesitan para diagnosticar a sus pacientes. Podemos, por ejemplo, establecer sistemas de comunicación efectiva que ayuden a que los médicos no pierdan información relevante para el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes."*

RECOMENDACIÓN

Utilice la metáfora de la Aviación para que la gente comprenda mejor cómo surgen los errores y qué se puede hacer para reducirlos

Si bien las explicaciones básicas de causa-efecto discutidas recién son poderosas, las explicaciones basadas en metáforas son especialmente efectivas. Las metáforas explicativas son herramientas poderosas que los comunicadores pueden usar para expandir el pensamiento y generar nuevas imágenes mentales. Ayudan a que la gente piense y hable de conceptos complejos de distinta forma o a que vean el tema desde una nueva perspectiva. Al comparar una idea poco familiar y abstracta con algo concreto y familiar, las metáforas explicativas hacen que la información sea más comprensible, las ideas más accesibles y las soluciones más fáciles de considerar. Las metáforas efectivas se "fijan" en las mentes de las personas y, a fuerza de repetirlas, generan una nueva comprensión que parece tan intuitiva que se convierte en una suerte de nuevo sentido común.

Pero no todas las metáforas son igual de efectivas. En la investigación cuali-cuantitativa llevada a cabo por FrameWorks, los investigadores probaron una variedad de metáforas, encontrando que algunas funcionaban mejor que otras. Las principales tres metáforas que utilizaron en sus encuestas tenían que ver con el papel de la seguridad en la aviación, la seguridad de los alimentos y los mecanismos a prueba de fallas ante determinadas situaciones que se presentaban. La metáfora de la aviación aumentó la comprensión de la gente acerca de las causas y soluciones sistémicas; cuando se ayuda a la gente a comprender esto, resulta más fácil que reconozcan que los errores son frecuentes en el trabajo diario. Además, cuando se comparó el grupo control con el grupo expuesto a la metáfora de la aviación, este último estuvo un poco más predispuesto a pagar mayores impuestos o a implementar políticas tendientes a reducir los errores médicos; también resultó significativamente más probable que los entrenados mediante esta metáfora estuvieran de acuerdo en que este tipo de políticas sirven para reducir los errores y mejorar la seguridad de los pacientes. Esta metáfora fue la más efectiva de las probadas en la encuesta, produciendo mayores efectos sobre la comprensión y el discurso posterior de las personas.

Significativamente, cuando los investigadores analizaron la respuesta de los encuestados a preguntas abiertas, quienes habían sido expuestos a la metáfora de la aviación mencionaron con más frecuencia que el grupo control términos asociados con el tipo de políticas sistémicas por las que abogan los especialistas en seguridad del paciente. Esto brinda más evidencia de que esta

metáfora ayuda a que la gente piense en seguridad del paciente en términos más sistémicos y menos individuales.

En pruebas cualitativas, la metáfora fue fácilmente comprendida y rápidamente aplicada a pensar por qué se producen errores médicos y qué puede hacerse para abordarlos. Los participantes mencionaron, por ejemplo, la importancia de contar con protocolos y procedimientos estandarizados, listas de verificación y mejor tecnología para reducir los errores médicos. Luego de la metáfora, los participantes no sólo argumentaron que estas cosas serían útiles, sino que también pudieron explicar con fundamento por qué ayudarían a reducir los errores.

Esta metáfora probó ser efectiva no sólo con miembros del público, sino también con profesionales médicos que no son expertos en seguridad del paciente. En pruebas cualitativas con estos profesionales, los investigadores encontraron que la metáfora ya era familiar para muchos médicos, y que estos podían utilizarla para hablar del valor de sistemas de control que ya están en uso, fundamentalmente en quirófanos. Como la metáfora privilegia los factores sistémicos de la seguridad por sobre los factores individuales, los médicos de la encuesta se mostraron menos inclinados a colocar exclusivamente la figura del error médico sobre las espaldas del profesional. Razonando según la metáfora, pudieron ver la importancia de una integración más profunda de los sistemas para mejorar la seguridad y cómo las soluciones sistémicas no sólo no afectan, sino que ayudan a que su trabajo sea mejor.

Al asociar las causas y soluciones de los errores médicos con políticas y procedimientos utilizados en otros campos, la metáfora de la aviación sirve para movilizar a las personas más allá de las explicaciones improductivas vigentes acerca de por qué se producen los errores médicos. El campo de la aviación es ampliamente reconocido por su seguridad a partir de las medidas proactivas que el sector toma para garantizar la seguridad. La gente reconoce que esas medidas forman parte del ADN del sistema y que la seguridad no depende exclusivamente de la diligencia o vigilancia individual, y que es muy difícil atribuir los accidentes a la negligencia de una sola persona. A la gente le resulta fácil poder vincular estos ejemplos con el campo de la seguridad del paciente, y las ayuda a considerar políticas y cambios en el sistema con el objetivo de reducir el daño médico.

El beneficio adicional de la metáfora de la aviación es que ya está siendo utilizada por expertos y promotores de la seguridad del paciente. La investigación de FrameWorks, sin embargo, sugiere que existen algunos inconvenientes a tener en cuenta cuando se utiliza esta metáfora. El principal es que, al ser la aeronavegación una industria, si la metáfora se utiliza de manera inadecuada puede conducir a la gente a pensar en los viajeros como consumidores. Como se describió

anteriormente, el pensamiento consumista es improductivo de muchas maneras. Los comunicadores deberían seguir las siguientes pautas cuando utilizan la metáfora:

- Referirse a "pasajeros" y no a "clientes". Los comunicadores deberían hacer referencia a los pasajeros de un avión y no a los clientes de una línea aérea. Esto último lleva a las personas a evocar que han pagado por un servicio placentero, cómodo y conveniente, siendo más probable que se active de manera inadvertida la perspectiva consumista de la atención de la salud.
- Minimizar todo lo relativo a la comodidad y el servicio y hacer hincapié en la seguridad. Cuando se describe la estandarización y los protocolos que existen en la aviación, los comunicadores no deberían plantear medidas que promuevan el confort o aspectos del servicio durante el vuelo. Estas preocupaciones desvían a la gente de los pensamientos sobre seguridad.
- Utilizar el término "línea aérea" con precaución. El mismo le da una connotación comercial al vuelo, siendo más probable que el receptor del mensaje adopte una perspectiva consumista. Es mejor utilizar el término "aviación", que es más amplio y tiene menos implicancias comerciales.
- Destacar las soluciones proactivas y dejar en segundo plano las acciones punitivas. Los comunicadores deberían hacer hincapié en las soluciones proactivas que se utilizan en la aviación, como estándares y protocolos rigurosos y en cómo estas medidas deberían ser imitadas para mejorar la seguridad de los pacientes. Deberían evitar a su vez resaltar las potenciales repercusiones negativas para los empleados de líneas aéreas que cometen errores.

Los ejemplos que veremos a continuación muestran las diferencias entre la forma en la que se está utilizando la metáfora actualmente y la que se propone:

Antes

“La seguridad del paciente debe estar en la mente de todos, todos los días, desde los más altos ejecutivos hasta el personal asistencial. El hecho de que tengamos que tener una “Semana de Conciencia en Seguridad” probablemente sea una señal del terrible estado actual en que estamos con este tema. No creo que las líneas aéreas tengan una “Semana de la Seguridad Aeronáutica”. Si bien las aerolíneas no son perfectas, la seguridad en este campo ha mejorado muchísimo en las últimas décadas, mientras que el sector salud no...”

Después

“La industria del transporte aéreo toma medidas específicas para evitar errores y asegurar que todo sea tan seguro como sea posible. Los equipos de tierra utilizan listados de verificación para inspeccionar los aviones y asegurarse de que todo el equipo funciona. Y los sistemas de control de tráfico aéreo y los profesionales buscan los peligros en espacio aéreo y coordinan todos los aviones. En el ámbito de la atención de la salud se pueden adoptar procedimientos similares para reducir los errores. Por ejemplo, los médicos y enfermeros pueden utilizar listas de verificación para distintos procedimientos, lavarse las manos para evitar la propagación de infecciones y siempre confirmar las identidades de los pacientes para evitar errores. “

RECOMENDACIÓN

Utilice la metáfora “a prueba de fallas” para ayudar a la gente a comprender cómo son las soluciones

La idea de que para evitar errores se deben poner en marcha mecanismos “a prueba de fallas” complementa perfectamente la metáfora de la aviación. La investigación de FrameWorks descubrió que los ejemplos de soluciones forzosas fueron particularmente efectivos para ayudar a las personas a comprender la importancia de los sistemas estandarizados para prevenir errores médicos. La metáfora mejoró la comprensión de las causas y soluciones de los errores médicos y aumentó el reconocimiento de que los errores ocurren de manera regular. Sin embargo, el análisis de las respuestas a preguntas abiertas y las investigaciones cualitativas grupales revelaron que esta metáfora tiene algunas fortalezas distintivas.

Al responder a las preguntas abiertas de la encuesta, fue más probable que los participantes que habían sido entrenados en la metáfora de los mecanismos “a prueba de fallas” pudieran escribir acerca del rol de la tecnología, de la importancia de compartir historias clínicas y de otros sistemas que deben ponerse en marcha para reducir los errores médicos. De manera similar, en

las pruebas grupales, los investigadores encontraron que esta metáfora hizo que la atención se fijara en cosas que pueden hacerse para prevenir errores, en lugar de enfrentarlos o tratarlos luego de ocurridos.

La metáfora ayuda a comprender que, si bien los seres humanos son falibles y a menudo ineficientes², los sistemas no tienen estos "defectos" y por lo tanto, deberíamos aplicarlos de forma más generalizada y apoyarnos en ellos.

La metáfora "a prueba de fallas" es flexible. A veces puede explicarse por sí misma y otras sirve como una especie de disparador que ayuda a las personas a comprender más rápidamente la necesidad de implementar soluciones automáticas y sistémicas. También se puede utilizar en conjunto con la metáfora de la aviación. Los participantes de la investigación reconocieron ampliamente que el campo de la aviación tiene muchos mecanismos "a prueba de fallas", como los chequeos y listas de verificación de la seguridad antes de despegar.

Metáfora como "disparador"

*"Para proteger la **#seguridad del paciente**, necesitamos mecanismos a prueba de fallas que atajen el error antes de que se produzca un daño. Un nuevo artículo que se publicó hoy discute algunos de estos mecanismos que podemos poner en práctica [LINK]*

*"Los **#errores médicos** pueden ser prevenidos. Como profesionales de la salud, podemos diseñar mecanismos de seguridad a prueba de fallas que nos adviertan antes de producirse el error. Aprenda más aquí [LINK] **#seguridad del paciente***

Metáfora elaborada

"Los listados de verificación antes de los procedimientos y la confirmación sistemática de la identidad del paciente permiten interceptar los errores antes de que se produzca un daño. Si un profesional saltea inadvertidamente un paso clave o se confunde de paciente, se gatillan estos mecanismos a prueba de fallas para corregir los errores antes de que alcancen al paciente."

² Nota del traductor: Esta visión de que el problema son los humanos y que la variabilidad es intrínsecamente mala está cambiando en los últimos años. Sin duda, errar es humano, pero también es humano ajustar, adaptar, aprender, cuidar y consolar. La variabilidad es generalizada e inevitable en los sistemas complejos. Las mismas características que nos llevan a errar son las que permiten que muchas veces también generemos seguridad, a veces saliéndonos de las normas.

RECOMENDACIÓN

Evite un tono de crisis y adopte uno de eficacia

La gente puede volverse fácilmente fatalista sobre la posibilidad de reducir los errores médicos. Si, como personas, asumen que los errores son el resultado de la imperfección humana y un componente inevitable de la atención sanitaria, la conclusión más fácil es que nada puede hacerse para prevenirlos. Aun cuando la gente reconozca que estamos ante un problema y estén preocupados, la percepción fatalista de que es poco lo que puede hacerse, determinará que no siempre apoyen o exijan cambios en la política. Por eso es importante que el mensaje adopte un sentido de eficacia –la convicción de que los cambios son posibles y que se puede mejorar-. Si bien la explicación ayuda a tener una nueva comprensión del problema, se necesita también el tono exacto para convencer a las personas de que los cambios que se proponen sí pueden ser implementados y que resultarán en una mayor seguridad de los pacientes.

Para probar los efectos del tono del mensaje, los investigadores de FrameWorks compararon los resultados de la encuesta entre dos grupos; uno que había recibido un mensaje con un tono de eficacia vs. otro grupo que había sido expuesto a un mensaje con tono de crisis. Los mensajes incluyeron una explicación idéntica que conectaba diversas causas de errores médicos con potenciales soluciones. Los investigadores observaron que la adopción de un tono positivo de eficacia fue mucho más efectivo para movilizar a la gente: no sólo aumentó en los encuestados el sentido de eficacia colectiva y su comprensión de las causas y soluciones a los errores médicos, sino que también, y de manera estadísticamente significativa, aumentó el apoyo a políticas tales como dotar de mejor tecnología a las instituciones médicas y requerirles que recolectaran datos sobre errores. Por el contrario, el mensaje con el tono de crisis fue inefectivo para todas las soluciones.

Para replantear la conversación pública sobre la seguridad del paciente, los promotores y expertos deben adoptar un tono eficaz. Esto significa que los comunicadores no deben insistir tanto en los horribles costos de la inacción, sino exponer una visión positiva de los beneficios que se obtendrán cuando se implementen políticas efectivas.

Antes

"Nadie estaría en desacuerdo en que cada vida humana es preciosa. ¿Necesita pruebas? ¿Acaso las personas de cualquier condición no se arrojan al fuego o escarban entre escombros para intentar salvar a una víctima de incendio? ¿Nunca ha visto arrojarse a alguien a un mar embravecido para salvar a una persona que se está ahogando? Sin embargo, este compromiso social compartido de preservar la vida no parece extenderse a la atención de la salud. Si realmente valoramos cada vida... ¿Por qué somos indiferentes al hecho de que todos los años, en los EE.UU 250.000 personas mueren por errores evitables? ¿Cuánto más va a durar esta apatía?"

Después

"Podemos salvar vidas reduciendo errores médicos, pero solo podremos hacerlo si trabajamos juntos. Los errores médicos ocurren por un sinnúmero de razones, pero sabemos que la inmensa mayoría son prevenibles. Cerca de un cuarto de millón de personas muere todos los años por errores asistenciales en los EE.UU. Si asumimos como sociedad el compromiso compartido de eliminar estos errores, veremos como ese número baja. Juntos podemos marcar una diferencia y hacer que la atención médica sea más segura para todos."

RECOMENDACIÓN

En vez de insistir sobre la prevalencia de errores médicos, explique por qué se producen y qué puede hacerse

Las personas creen que los errores médicos son raros y no tienen una clara idea de la prevalencia de este problema. En las primeras etapas de la investigación de FrameWorks, la gente expresaba una y otra vez que no creían que los errores médicos fueran comunes (o al menos tan comunes como los medios y las anécdotas podían sugerir). Los promotores de la seguridad y los expertos deben proporcionar evidencias concretas de que los errores médicos ocurren frecuentemente. Pero la forma en la que se presentan estas evidencias resulta crítica.

En lugar de presentar los datos de prevalencia de manera aislada, los comunicadores deben situar esta información dentro de una explicación acerca de por qué se producen los errores médicos y qué puede hacerse para prevenirlos. El abordaje explicativo brinda contexto a los números y ayuda a las personas a darle un sentido y procesar los hechos. Esta guía ayuda a que las

personas interpreten mejor los datos y hace menos probable que desestimen los datos de prevalencia.

Antes

"Hasta 98.000 pacientes mueren anualmente en los EE.UU por errores médicos, Se estima que todos los años se producen 1,7 millones de infecciones asociadas al cuidado de la salud, llevando 99.000 muertes. Los eventos vinculados a la medicación originan más de 770.000 lesiones y muertes por año, a un costo superior a los \$5,6 millones."

Después

"Tanto los profesionales de la salud como los pacientes reconocen que la información de alta calidad es esencial para una buena atención médica. Los médicos deben poder acceder a la información sobre las condiciones de los pacientes y tratamientos de manera rápida y sencilla. Esto es necesario para que los profesionales tomen las decisiones correctas. Pero en la actualidad, los médicos no siempre comparten la información de manera eficiente. Esto puede llevar a errores tales como fallas diagnósticas o confusiones con la medicación. Este tipo de errores es bastante frecuente en los EE.UU, causando 250.000 muertes por año:"

RECOMENDACIÓN

En vez de hacer foco en una sola causa o solución, amplíe el panorama para incluir la imagen completa

Como se discutió anteriormente, cuando se le pide a la gente común que identifique formas efectivas para prevenir errores médicos, tienden a focalizarse en soluciones a nivel individual más que en soluciones sistémicas. Las recomendaciones anteriores se basan en la idea de que es necesario brindarle a la gente ejemplos concretos de errores médicos, causas y soluciones para que piensen de manera diferente sobre este tema. Una pregunta que surge es cómo deberían discutirse estos ejemplos de causas y soluciones. ¿Es más efectivo profundizar en unas pocas causas y soluciones específicas o presentarle a la gente una gama más amplia de causas y soluciones?

Para contestar esta pregunta, los investigadores de FrameWorks llevaron a cabo un experimento controlado que probó el efecto de dos tipos de mensajes. A uno de los grupos le presentaron muchos ejemplos de causas de errores médicos y de soluciones para mejorar la seguridad de los

pacientes. El segundo grupo recibió mensajes que se centraban en la causa y solución específica de un solo tipo de error (ej: provisión de información, estandarización generalizada o empoderamiento de pacientes) El estudio encontró que los participantes que recibieron una imagen más completa de las causas y soluciones tenían más probabilidades de comprender cómo se producen los errores médicos y lo que se debe hacer para resolverlos. También eran más propensos a sentir que los errores médicos pueden ser abordados de manera eficaz.

Brindarles a las personas no expertas ejemplos concretos de potenciales soluciones para los errores médicos es crucial para ayudar a construir comprensión. Sin embargo, las comunicaciones que hacen foco en una causa o en una solución, pueden limitar la capacidad de la gente de apreciar los distintos tipos y la cantidad de cambios que deben ser promulgados para reducir el daño a los pacientes. Cuando se concentran en soluciones específicas, los promotores y expertos en seguridad no deberían presentarlas como “la solución” a los errores médicos. Más bien, los comunicadores deberían presentar estas políticas específicas como parte de una serie de esfuerzos para mejorar la seguridad de los pacientes.

RECOMENDACIÓN

Explique la importancia de la participación de los pacientes sin hablar de “empoderamiento”

La gente llega al tema de la seguridad del paciente con una idea muy clara acerca de lo que debe ser una relación médico-paciente. Cuando piensan en esto, las personas tienen en mente un modelo en el cual los pacientes deben aceptar las decisiones de los médicos sin cuestionarlas. En este esquema, los pacientes tienen una posición subordinada, siendo su principal trabajo seguir las órdenes médicas. El concepto de “empoderamiento del paciente”, central para los especialistas en seguridad, contradice directamente este precepto, y por eso es tan difícil de procesar para la mayoría de las personas.

La encuesta experimental de FrameWorks encontró que es posible comunicar el concepto del empoderamiento del paciente como parte de una explicación más amplia acerca de lo que se necesita. El empoderamiento fue incluido como un aspecto más en la “explicación de muchos componentes” que vimos en el punto anterior. Como sucedió con otras soluciones específicas, las personas procesaron mejor el concepto cuando se los presentaba dentro de un mensaje más amplio, ayudándolos a que vieran el sentido de la solución. Sin embargo, los resultados del mensaje que se focalizó exclusivamente en el “empoderamiento del paciente”, indican que los

comunicadores deben ser especialmente cuidadosos en la forma en la que transmiten este concepto. Cuando se utiliza un lenguaje inapropiado, hablar de esto puede ser contraproducente.

Los investigadores encontraron que el mensaje focalizado en el “empoderamiento del paciente” tuvo muchos efectos negativos entre miembros del Partido Republicano de los EE.UU. En cambio, para los participantes identificados como Demócratas, el marco de empoderamiento aumentó el apoyo a varias políticas. Pero para aquellos identificados como Republicanos, el mensaje disminuyó de manera significativa el apoyo para las mismas políticas. Los investigadores sospechan que el término “empoderamiento”, al menos en los Estados Unidos, se asocia con políticas de izquierda; de allí el efecto que gatilla. El término enmarca las políticas de una manera que hace más difícil que los republicanos encuentren consistencia entre estas políticas y su propia identidad ideológica.

La investigación sugiere las siguientes pautas para los expertos y promotores que tratan de comunicar el concepto de empoderamiento del paciente:

- Los comunicadores deberían evitar el término “empoderamiento”. Es muy probable que esto distancie a los conservadores más ideologizados.
- En vez de simplemente afirmar que los pacientes deberían estar empoderados, los comunicadores deberían centrar el mensaje en las cosas específicas que deben hacerse. Esto implica la utilización de un lenguaje concreto y coloquial para hablar de actividades específicas que ayudan a empoderar a los pacientes (Ej: los pacientes deberían sentirse cómodos realizando preguntas)
- Las actividades concretas que derivan en una mayor participación de los pacientes en su propia atención deberían ser abordadas como “una solución más” y no como “la solución”

Antes

"Los médicos reconocen que deberían empoderar a los pacientes para que sean socios plenos de su atención. La buena atención médica requiere que los pacientes sean tratados como participantes activos. Podemos reducir los errores médicos garantizando que se les permita y estimule a jugar un rol protagónico en su propia atención."

Después

"Podemos hacer muchas cosas para prevenir errores médicos y reducir el daño a los pacientes. Una parte de la solución consiste en garantizar que los pacientes sean animados a hacer preguntas y a dar su opinión sobre las decisiones. De esta manera podrán comunicar a sus médicos cualquier cosa a la cual no le encuentren sentido o que entre en conflicto con otra información que hayan recibido."

Cómo involucrar más productivamente a los médicos

Los comunicadores pueden desactivar la actitud defensiva de los médicos haciendo hincapié en los problemas sistémicos y no en los errores individuales. Los médicos rápidamente se ponen a la defensiva cuando del mensaje se desprende que son los individuos los principales responsables de los errores y los daños. Más aún, suelen sentirse sobrecargados de trabajo y abrumados por el sistema en donde trabajan, por lo que la simple enumeración de más protocolos sin explicarles claramente por qué son los sistemas los que causan el problema hace muy difícil que "comprendan" la idea.

Al afirmar que los sistemas inadecuados o defectuosos son la fuente del problema, los comunicadores pueden dejar en claro que no se debe culpar a los profesionales y a la vez ampliar la comprensión de por qué se necesitan mejorar los sistemas para reducir los errores. Las descripciones de las causas de los errores deberían destacar las formas en que la tecnología y la cultura de los profesionales pueden contribuir a la ocurrencia de errores. Esto no sólo desactivará la comprensión improductiva del público en general acerca de por qué ocurren los errores médicos, sino que también reducirá el riesgo de alienar a los profesionales médicos que pueden servir como aliados de la comunicación.

Finalmente, cuando los médicos comprenden que las soluciones sistémicas que se proponen no son inadecuadas ni difíciles de implementar (ej: la historia electrónica les advierte mediante un "pop up" sobre una alergia cuando prescriben una medicación), suelen acordar muy rápidamente que tal sistema les resultó útil. Los comunicadores deberían por lo tanto resaltar por qué las soluciones que se les proponen les facilitarán su trabajo, sin sobrecargarlos.

Los promotores de la seguridad y los expertos en el tema también pueden disminuir la percepción de que los médicos y los pacientes están en conflicto cuando se abordan los errores médicos si reclutan a médicos convencidos y los hacen socios en la elaboración y transmisión de los mensajes.

Conclusión

El marco esbozado en este documento ofrece a los promotores de la seguridad una guía para formular de manera más efectiva el mensaje sobre la seguridad de los pacientes. La aplicación conjunta de estas recomendaciones los ayudará a ampliar el panorama que la gente tiene sobre este tema, y ayudará a destacar su importancia sin tener que depender de mensajes alarmantes de crisis (que pueden disminuir el compromiso). Al aprovechar el poder de la explicación, los expertos y los activistas pueden alejar al público del fatalismo y acercarlo a una respuesta más comprometida.

La historia de los movimientos sociales demuestra que cuando los activistas de todas las organizaciones comienzan a compartir mensajes más efectivos, se genera más impulso y se logran cambios. Lo invitamos y animamos no sólo a adoptar las recomendaciones de este marco, sino también a difundirlas con los colegas de su propia organización y los aliados en el campo de la seguridad del paciente.