



LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO: DEL PACIENTE INFORMADO AL PACIENTE CONSECUENTE

CARLOS AIBAR REMÓN

Profesor titular de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza. Jefe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza (España).

Introducción

El riesgo se define en el Diccionario de la Real Academia Española como la contingencia o proximidad de un daño. En el campo de la asistencia sanitaria y de la salud pública el término riesgo está ligado a la asociación causal y a la probabilidad de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida tales como fallecimiento, enfermedad, agravamiento, accidente, curación, mejoría, etc.¹.

Mientras riesgo o exposición son expresiones utilizadas para referir distintos grados de probabilidad de que suceda un hecho, la expresión peligro (*hazard*) es empleada, habitualmente, para referirse a una elevada posibilidad de algo más grave y concreto.

Doctor en Medicina y Cirugía y especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

Ha sido consultor temporal de los programas de Enfermedades Crónicas y SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual. Es autor de distintas publicaciones sobre salud pública, promoción de la salud y calidad asistencial y ha participado en distintos proyectos de investigación.

Es miembro del Comité de Ética e Investigación Clínica de la Comunidad Autónoma de Aragón y de varios grupos de trabajo.

Además del aspecto epidemiológico, cuantificable mediante distintos indicadores, el riesgo tiene una dimensión de aceptabilidad social y otra de apreciación individual, relacionadas con la forma en que se comunica la percepción del mismo y la posibilidad de participar en la toma de decisiones al respecto².

Los riesgos de la atención sanitaria

El interés por los riesgos relacionados con la atención sanitaria no es nuevo. Efectos indeseables de los medicamentos, infecciones nosocomiales, complicaciones del curso clínico y errores diagnósticos y terapéuticos, forman parte de las preocupaciones diarias de los profesionales sanitarios³.

Sin embargo, el concepto de riesgo asistencial es impreciso e incluye cualquier situación o acto relacionado con la atención sanitaria recibida que puede tener consecuencias negativas para los pacientes. A falta de una taxonomía de aceptación extendida⁴, podemos hablar de riesgos asistenciales para referirnos a situaciones como las siguientes⁵:



- Efectos adversos o acontecimientos que tienen consecuencias negativas para el paciente. Su trascendencia se expresa en forma de lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria, incremento del consumo de recursos asistenciales o fallecimiento relacionado con el proceso asistencial. Pueden ser evitables (no se producirían en caso de llevar a cabo alguna actuación) o inevitables (imposibles de predecir o evitar)^{6, 7}. También denominados desviaciones⁸, se ha señalado la conveniencia de diferenciarlos de las complicaciones. En tanto que las primeras son trastornos objetivos ocurridos en la evolución de la enfermedad, caracterizados por su relación con la atención recibida y la no intencionalidad, las complicaciones son alteraciones del curso natural de la enfermedad, derivadas de la misma y no provocadas por la actuación de los profesionales sanitarios.
- Errores o equivocaciones ocasionados por una deficiente ejecución de una acción bien indicada o por la realización de una actividad inadecuada o innecesaria para lograr un fin.
- Casi-errores (*near miss*): categoría imprecisa que incluye sucesos como aquellos casos en los que un accidente ha sido evitado por poco o estuvo próximo a ocurrir^{9, 10}; situaciones en las que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias¹¹; hechos que en otras circunstancias podrían haber tenido graves consecuencias¹², o acontecimientos peligrosos que no han producido daños personales, pero sí materiales, y que sirven de aviso de posibles sucesos¹³.
- Accidentes: sucesos aleatorios imprevistos e inesperados que producen daño al paciente o pérdidas materiales o de cualquier otro tipo¹⁴.
- Incidentes: acontecimientos igualmente imprevistos e inesperados, pero que no producen daño al paciente ni pérdidas. También pueden definirse como acontecimientos que en circunstancias distintas podrían haber sido un accidente¹⁵; o como hechos que de no ser descubiertos o corregidos a tiempo pueden implicar problemas para el paciente¹⁶.
- Negligencias o errores difícilmente justificables, ocasionados por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado¹⁷. A diferencia de los errores, un rasgo esencial de las mismas es su evitabilidad y, en sentido estricto, únicamente podrían determinarse por la Administración de Justicia¹⁸.
- Malpraxis: concepto muy próximo al anterior, consiste en una deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de cualificación similar en idénticas circunstancias.



- Litigios o disputas tramitados ante la Administración de Justicia, que pueden estar motivados por un desacuerdo con la atención recibida o con los efectos no deseados de la misma. Con relativa frecuencia no se deben a la existencia de negligencia o praxis deficiente¹⁹.

Las categorías citadas no son mutuamente excluyentes, ni colectivamente exhaustivas, ni todo lo precisas que sería deseable, pero ofrecen una panorámica amplia del problema de la yatrogenia y de los riesgos relacionados con la atención sanitaria.

Hacia una cultura de la seguridad: comunicación y percepción de los riesgos asistenciales entre los profesionales sanitarios

El proceso de gestión de los riesgos para la salud y de los riesgos relacionados con la asistencia sanitaria en particular implica una serie de etapas (fig. 1)²⁰:

- Identificar y cuantificar el riesgo, fase en la que son esenciales los sistemas de información clínica y asistencial y el uso del método epidemiológico.
- Análisis del riesgo por medio del análisis de causas raíz u otros sistemas retrospectivos o prospectivos, según el caso.
- Definir las opciones existentes para reducirlo o eliminarlo, elección de la más adecuada y desarrollo de las acciones previstas.

FIGURA 1. Etapas en la gestión del riesgo.



- Evaluación de la eficiencia y efectividad de las actividades por medio de los sistemas de información pertinentes.

Como eje de todas las etapas mencionadas está la comunicación y el desarrollo de una cultura de la seguridad, consecuencia de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta de los individuos y del grupo²¹.

Mientras que la epidemiología ha desarrollado múltiples instrumentos para la estimación del riesgo, sobre los que se instruye en las facultades y escuelas de ciencias de la



salud y que son de uso común por parte de los clínicos –riesgo atribuible, riesgo relativo, reducción del riesgo absoluto, número de pacientes que es necesario tratar...–, no se han producido cambios semejantes con respecto a la comunicación y la percepción del riesgo entre los profesionales, de manera que se ha dejado como una faceta secundaria del quehacer profesional lo que es una de las obligaciones principales^{22, 23}.

El reto mayor para lograr un sistema sanitario más seguro, tal como se destacó en su día por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos²⁴ y más recientemente en el marco de la Unión Europea la Carta de Luxemburgo²⁵, es cambiar la percepción del error y del riesgo clínico como una amenaza para la fama y el prestigio profesional por otra en la que los mismos no sean considerados fallos personales, sino oportunidades para mejorar el sistema y reducir los riesgos que conlleva la atención sanitaria.

A tal fin es necesario un entorno laboral y profesional que favorezca la discusión abierta y participativa de los riesgos, el análisis de accidentes e incidentes a fin de aprender del error, el *feedback* informativo sobre los fallos a todos los implicados, la implicación y responsabilización prospectiva de todos los profesionales a escala individual y corporativa y el rendimiento de cuentas.

La percepción del riesgo por parte de los profesionales de la salud está determinada por más factores que los estrictamente epidemiológicos. En un destacado editorial sobre los riesgos para la salud y la gestión de los mismos, Keeney²⁶ destacaba, entre otros,

una serie de hechos constatables por cualquier profesional con años de experiencia, con notable importancia al respecto:

- Actuaciones dirigidas a reducir riesgos pueden traer consigo otros riesgos insuficientemente evaluados. Como ejemplo puede mencionarse la utilización de nuevas pruebas diagnósticas que mejoran la precisión de las utilizadas hasta un determinado momento, pero que pueden suponer una mayor yatrogenia, sin incrementar la utilidad para la salud del paciente.
- El elevado coste de algunas actuaciones eficaces dirigidas a reducir riesgos poco probables puede suponer la imposibilidad de actuar sobre otros riesgos más frecuentes, de lo que deriva una deficiente relación coste-oportunidad. Como ejemplo puede citarse el uso generalizado, a veces insuficientemente evaluado, de determinadas vacunas y pruebas de diagnóstico precoz.
- La probabilidad «estadística» tiene un significado diferente cuando se convierte en probabilidad «ocurrida» o en un caso conocido. En este sentido, el fallecimiento por una reacción adversa a un medicamento en el propio entorno de trabajo o en un familiar próximo, condiciona una percepción distinta de los problemas ligados al uso de medicamentos a partir de ese momento.

Así mismo, la insuficiente capacidad de asumir el significado de las cifras referidas al riesgo por parte de algunos profesionales ha



sido destacada como uno de los factores que pueden contribuir a distorsionar la percepción del riesgo de determinadas actuaciones diagnósticas y terapéuticas²⁷.

La percepción del riesgo asistencial por los pacientes: ¿paciente informado o paciente consecuente?

Los requerimientos que los pacientes esperan de los profesionales sanitarios son bastante elementales pero, en ocasiones, complejos de poner en práctica: contacto visual, comunicación, información adecuada a las necesidades, tiempo suficiente de dedicación y no demasiado tiempo de espera para ser atendido²⁸. Si bien es difícil consensuar entre profesionales y pacientes los criterios para definir a un buen paciente, sí que puede afirmarse, cuando menos, que es más probable que un paciente bien atendido sea un buen paciente²⁹.

Comunicación proviene del latín *comunicare* y significa transmitir, poner en común y hacer saber. Desde el punto de vista que nos ocupa, consiste en la relación que establecen las personas con el fin de conseguir un entendimiento mutuo.

Aunque, lamentablemente, no existe una fórmula que garantice una buena comunicación de los riesgos y una percepción ajustada a la realidad de los mismos, cuando menos deben considerarse los siguientes aspectos:

- Lo percibido como real por un paciente constituye su realidad. La misma está de-

terminada tanto por los hechos y la evidencia científica como por sus creencias, actitudes, valores y experiencias anteriores.

- La credibilidad de los mensajes se juzga primero por la fuente y después por el contenido³⁰. Normas generales de toda entrevista clínica como empatía, calidez, concreción del mensaje y respeto³¹ pueden contribuir a mejorar la confianza en el profesional.
- En relación con los contenidos a transmitir, un problema frecuente es conseguir hacer tangibles tanto el riesgo como el beneficio de las actividades propuestas, a fin de hacer perceptible la comparación de uno y otro.
- La forma y el sentido positivo o negativo en que se presenta la información sobre los riesgos puede determinar un sesgo de percepción (*framing bias*)^{32, 33}. Un modo positivo de presentar los datos suele condicionar que se acepten opciones terapéuticas de riesgo: cuando se propone el tratamiento con radioterapia es más aceptado si se señala que tiene un 90% de supervivencia que si se indica que presenta una mortalidad del 10%. Este sesgo, ligado al modo de presentar la información, puede estar infravalorado debido a la escasa capacidad que, a veces, presentan los pacientes para el razonamiento numérico y los conceptos sobre probabilidades³⁴.
- La adecuación del mensaje al receptor exige reflexionar sobre cuestiones como qué es lo que ya sabe, qué es lo que quie-



re conocer y qué es lo que consideramos que debe saber.

Aun cuando se realice correctamente, la comunicación del riesgo no resuelve todos los problemas ni evita los conflictos. En cualquier caso, una comunicación de riesgos deficiente o inexistente conduce a una percepción deficiente de los mismos.

La comunicación del riesgo: el paciente informado

El deber de los profesionales respecto a la comunicación del riesgo es proporcionar a los pacientes información sobre opciones terapéuticas, posibilidades diagnósticas y cambios en su estilo de vida, de forma que pueda ser comprendida, respetando el derecho de los mismos a involucrarse en las decisiones sobre su atención³⁵.

No existen datos suficientes para afirmar cuál es el modo más útil de presentar la información sobre el riesgo³⁶. Sin embargo, existen indicios de que, a pesar de la dificultad para interpretarla, la información cuantitativa es útil y necesaria^{37, 38}. Probabilidades, estimaciones del riesgo relativo, odds ratio, diferencias del riesgo y el número de pacientes que es necesario tratar se han mostrado idóneas en algunos casos, pero son de difícil comprensión e interiorización para pacientes y profesionales. Por otro lado, expresiones como «algunas veces», «a menudo», «rara vez», «casi siempre», «en ocasiones», «con alguna frecuencia»... son imprecisas, son

utilizadas de forma variable por los diferentes profesionales, presentan matices de significado según el idioma y son de valor limitado para tomar decisiones informadas, ya que tienden a sobreestimar el riesgo en relación a cuando éste se presenta en forma numérica^{39, 40}.

Consejos habituales sobre la comunicación en general pueden ser de utilidad en la comunicación del riesgo clínico: escuchar más que hablar, planificar lo que se quiere transmitir, satisfacer las necesidades de información conforme van surgiendo, utilizar un lenguaje asertivo, sencillo y comprensible, no interrumpir innecesariamente y mantener flexibilidad y comprensión con pensamiento, valores y conductas ajenas (tabla 1).

Así mismo, la combinación de datos y juicios de valor, la utilización de probabilidades comparativas con hechos más o menos familiares (tabla 2)⁴¹, un uso estandarizado de expresiones cuantitativas de uso común (tabla 3)⁴², la discusión sosegada sobre los mismos y la adecuación a las circunstancias y expectativas individuales, son elementos que pueden contribuir a comunicar mejor el riesgo y a tomar decisiones más consecuentes^{43, 44}.

La comunicación no consiste únicamente en verbalizar datos e información. Presenta, además, un componente no verbal que incluye la actitud corporal, el tono y la forma de presentar los datos que hay que cuidar. Adicionalmente, el empleo de documentos informativos sobre afecciones frecuentes, tratamientos y pruebas diagnósticas de uso habitual y materiales audiovisuales o gráfi-



LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO: DEL PACIENTE INFORMADO AL PACIENTE CONSECUENTE

TABLA 1. Facilitadores de la comunicación del riesgo

Utilizar lenguaje sencillo, asertivo y comprensible
Planificar lo que se quiere transmitir
Satisfacer las necesidades de información conforme van surgiendo
Mantener flexibilidad y comprensión con pensamiento, valores y conductas ajenas
Escuchar más que hablar: no interrumpir innecesariamente
Combinar datos y juicios de valor
Presentar los datos tanto de forma positiva como negativa: probabilidades de éxito y de fracaso
Evitar utilizar únicamente términos generales para la descripción del riesgo, tales como poco probable, a veces, frecuentemente...
Emplear preferentemente cifras absolutas: tres veces más...
Utilizar denominadores de referencia habitual: es más comprensible 4 por 100 o 20 por mil que 1 de cada 25 o 1 de cada 50
Utilizar ayudas visuales y situaciones comparativas para explicar las probabilidades : diagramas, gráficos...
Asegurarse de que la información facilitada ha sido comprendida antes de tomar la decisión: un consentimiento informado es más que un documento de consentimiento firmado.

cos realizados con la finalidad de lograr una percepción más ajustada de los riesgos, pueden ser útiles para lograr una percepción ajustada a la realidad (figs. 2 y 3).

La percepción del riesgo clínico: el paciente consecuente

Un paciente informado es un paciente con datos e información suficiente sobre el riesgo. Un paciente consecuente y con capacidad de decisión es algo más.

La conciencia del riesgo es consecuencia tanto del conocimiento y capacidad de análisis individual como de múltiples factores que influyen sobre la percepción del riesgo. Unos

ligados al riesgo en sí y otros relacionados con cuestiones emocionales y sociales. Así, puede apreciarse un miedo poco justificable y una percepción magnificada de riesgos ligados a los campos eléctricos y magnéticos, el bioterrorismo o nuevas enfermedades como el síndrome respiratorio agudo grave, que contrasta con la escasa preocupación a que dan lugar riesgos más comunes y bien conocidos, como el uso inadecuado de fármacos, el consumo de tabaco o la conducción bajo los efectos del alcohol.

Entre los factores relativos al riesgo en sí destacan: el origen desconocido o insuficientemente aclarado del mismo, la falta de soporte científico disponible, o la novedad del riesgo. Entre los relacionados con cuestiones

**TABLA 2. Riesgos de la vida diaria y probabilidad de que ocurran***

Que salga cruz al lanzar una moneda	1 entre 2
El reintegro en la lotería nacional	1 entre 10
Fallecer por cualquier causa a lo largo de un año	1 entre 10
Fallecer por accidente de tráfico en 50 años de conducción	1 entre 85
Fallecer por accidente doméstico	1 entre 7.100
Fallecer por accidente laboral	1 entre 40.000
El primer premio de la lotería de Navidad	1 entre 65.000
Fallecer a consecuencia de un asesinato	1 entre 100.000
Fallecer en un accidente de ferrocarril	1 entre 500.000
Fallecer a consecuencia de la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeld-Jakob	1 entre 10.000.000

*Algunas probabilidades son aproximadas.

emocionales y sociales pueden mencionarse: la afectación a personas conocidas, experiencias personales anteriores, la sensación de incapacidad para mantener el control, los

TABLA 3. Descriptores sobre la probabilidad de ocurrencia de efectos de los medicamentos y las frecuencias correspondientes

Muy frecuente	>10%
Frecuente	1-10%
Poco frecuente	0,1-1%
Raro	0,01-0,1%
Muy raro	<0,01%

que implican mayor peligrosidad para niños, mujeres embarazadas y generaciones futuras, la existencia de opiniones contradictorias o la atención excesiva por parte de los medios de comunicación⁴⁵.

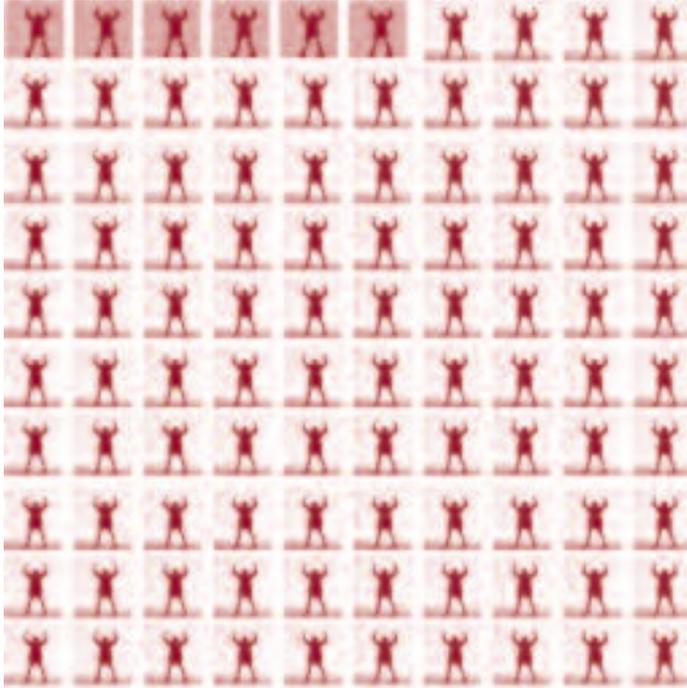
El entorno de la información sobre la salud

En relación con la información se están produciendo cambios significativos. Mientras que durante un tiempo eran los profesionales de la medicina quienes mantenían la hegemonía sobre la información relacionada con la salud y eran tildados, a veces con razón, de expropiadores y perpetuadores de una relación asimétrica con los pacientes⁴⁶, en este momento, periodistas, economistas y otros individuos e instituciones de cualificación desconocida son, a menudo, los protagonistas de esta información⁴⁷ y disponen para su divulgación de tecnologías de la información impersonales, de escasa capacidad para transmitir razones y sentimientos, pero de notable accesibilidad y penetración.

Mención expresa como fuente de información sobre la salud y la asistencia sanitaria merece el uso creciente de Internet. Con frecuencia se señala, cuando se quiere valorar su utilización, que son personas jóvenes de 20 a 44 años, profesionales y de formación académica media y alta, los usuarios preferentes de la red y que la salud no forma parte de sus intereses principales. Sin embargo, no hay sino que esperar pocos años para que esa amplia cohorte de usuarios de Internet entrenados, con fines lúdicos o la-



FIGURA 2. Ayuda visual para facilitar a los pacientes la comprensión de un riesgo del 6 por cien.



borales, y del servicio de mensajes cortos del teléfono móvil como sistema usual de comunicación interpersonal, comiencen a padecer los trastornos prevalentes de las edades intermedias de la vida y, por tanto, a utilizar la red como fuente preferente o complementaria de información sobre sus enfermedades.

Hoy por hoy, el problema esencial de la información sanitaria disponible a través de Internet por parte de pacientes y profesionales es su abrumador crecimiento, las frecuentes contradicciones, la dispersión, la

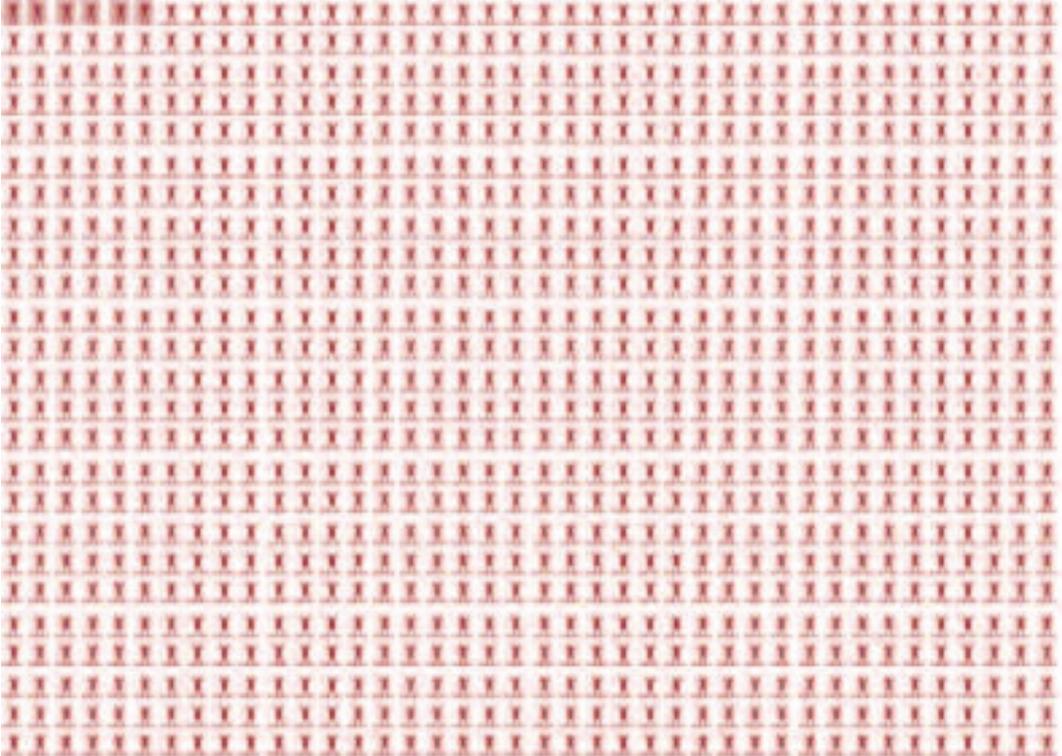
inadecuación a las necesidades y en muchos casos la calidad cuestionable de la misma. A fin de mejorar esta última circunstancia, se han desarrollado múltiples iniciativas dirigidas a fijar criterios de calidad de las páginas web de interés para la salud. Sin embargo, están todavía insuficientemente validadas y utilizadas⁴⁸⁻⁵⁰.

En la misma línea, instituciones y publicaciones médicas de prestigio han creado sus propios recursos, especialmente orientados a los pacientes. Las páginas de la Agency for



SEGURIDAD CLÍNICA

FIGURA 3. Ayuda visual para facilitar a los pacientes la comprensión de un riesgo del 6 por mil



Healthcare Research and Quality (AHRQ)⁵¹ o de revistas médicas como *Preventive Medicine*, *Annals of Internal Medicine* o *JAMA*⁵², éstas últimas traducidas al castellano⁵³, son un ejemplo de información solvente, precisa y creíble.

La cuestión que se plantea ante este despliegue de información es si los profesionales están preparados ante esta situación y si están dispuestos a desarrollar su

papel en un nuevo escenario y colaborar en el llamado otorgamiento de poderes (*empowerment*) al paciente. Sabemos que un paciente bien informado coopera mejor y es más responsable, pero profesionales y pacientes estamos acostumbrados a un modelo de relación paternalista en el que parte de nuestro poder radica en los datos y el conocimiento que nosotros poseemos y el paciente no.



El ciudadano, como paciente y como usuario, está cada vez más preparado para desempeñar un papel más activo en relación con el cuidado de la salud y para aprovechar todas las oportunidades que las nuevas tecnologías le ofrecen, y espera que los profesionales y sus instituciones sanitarias también lo hagan. No podrá comprender que los profesionales no compartamos este interés y no le orientemos en el uso de esta información, como tampoco entenderá que no se utilicen estas herramientas para mejorar la accesibilidad y la equidad de la asistencia⁵⁴. Estamos ante un nuevo tiempo en el que médicos y pacientes deben comprometerse y trabajar conjuntamente, tanto para promover y proteger la salud, como para procurar un uso adecuado de los recursos del sistema sanitario.

Gestión de la incertidumbre y relaciones personales: construyendo confianza y mejorando la seguridad

En un entorno en el que las decisiones compartidas sobre las cuestiones que afectan a los pacientes constituyen un imperativo ético^{55, 56}, hay dos cuestiones clave a la hora de tomar decisiones sobre el riesgo: la trascendencia que tiene la decisión sobre la salud del paciente y el grado de incertidumbre existente⁵⁷.

La trascendencia de la decisión está basada, por un lado, en un criterio profesional fundamentado en la experiencia y el conocimiento y, por otro, en los valores personales,

sociales y culturales de profesionales y pacientes. Una intervención que para un paciente es un riesgo asumible y preferible a la pérdida de calidad de vida que podría suponer no realizarla, puede ser considerada como poco tolerable para otro con mayor aversión al riesgo y mayor conformidad con la incapacidad. La incertidumbre que rodea la toma de decisiones recae esencialmente en el profesional y está basada en la evidencia disponible. Existe certeza cuando el resultado de una intervención es claramente superior al que proporcionaría cualquier otra. Por contra, la incertidumbre se manifiesta cuando se desconoce su efecto, o bien dos o más son semejantes.

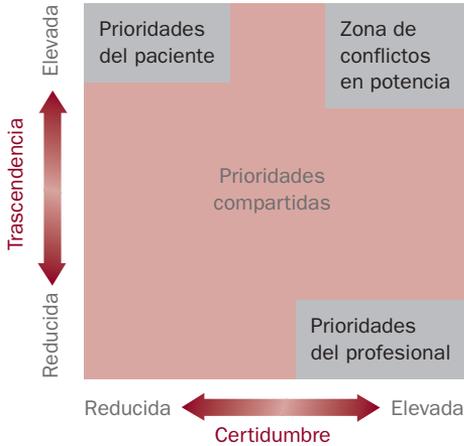
En las decisiones importantes sobre cuyos resultados hay un escaso grado de certidumbre, las prioridades de los pacientes deben prevalecer, con el apoyo y ayuda profesional que sean necesarios. En decisiones de escasa repercusión, pero sobre cuyos efectos hay un alto grado de certidumbre, debería priorizarse la opinión de los profesionales. En cuestiones en las que la certidumbre es poco discutible y la trascendencia de la decisión para la salud del paciente es considerable, debe asegurarse que la percepción del riesgo es la adecuada (fig. 4).

Conseguir que un paciente sea consecuente en relación con las decisiones que afectan a su salud requiere esfuerzos dirigidos a obtener credibilidad y confianza en los profesionales y en las instituciones sanitarias.

La confianza es un factor determinante para la eficacia de los mensajes de comunicación de riesgos y es el resultado de la com-



FIGURA 4. Mapa de decisiones médicas.



Tomada de Whitney⁵⁷.

petencia percibida y de la atención recibida (fig. 5)⁵⁸.

Hay una confianza fundamentada en el control del buen funcionamiento de las instituciones y las personas, basado en la existencia de normas, leyes, regulaciones, transparencia informativa y una cultura en la que priman los valores de la seguridad. Adicionalmente existe otra confianza cimentada en la percepción de que se hace todo lo posible por trabajar correctamente en un escenario asistencial caracterizado por la vulnerabilidad y la incertidumbre⁵⁹.

Entre las condiciones de la atención que favorecen la credibilidad se encuentran el compromiso, la empatía y la honestidad. La empatía está relacionada con los comportamientos y actitudes de los profesionales frente a los pacientes; principalmente con la

FIGURA 5. Construyendo confianza: competencia y atención.



Tomada de Palling⁵⁸.

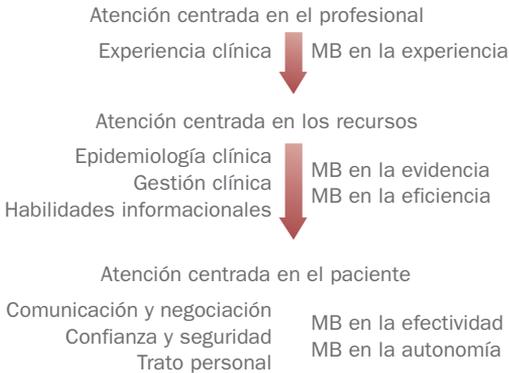
habilidad para escuchar y la capacidad para comprender sus pensamientos y emociones; la honestidad es la expresión de la objetividad, la sinceridad y la credibilidad profesional⁶⁰.

En los últimos años está cambiando sensiblemente el modo de entender y practicar la atención médica. Un modelo tradicional, centrado en el profesional, en el que primaban la experiencia y los conocimientos y habilidades técnicas, ha ido transformándose en un modelo centrado en el uso adecuado de los recursos, en el que la evidencia disponible y el uso eficiente de los recursos son los ejes de la actividad clínica⁶¹. Todo ello exige nuevos conocimientos y habilidades sobre gestión clínica, habilidades en la transmisión de información y conocimientos de epidemiología clínica.

Un planteamiento más avanzado exige que el paciente, más que los profesionales o los recursos, sea el eje del sistema (fig. 6). En esta línea, varias revistas médicas han



FIGURA 6. Tres modelos de la atención médica.



publicado conjuntamente una declaración de los principios éticos que deben gobernar la profesión médica en los inicios del nuevo milenio⁶²:

- Primacía del bienestar del paciente, fundamentada en la prioridad de sus intereses y utilidades.
- Autonomía, cimentada en el respeto de ideas y valores y la disponibilidad de información suficientemente apropiada, válida y precisa para la toma de decisiones.
- Justicia social, basada en la equidad y en el uso adecuado de los recursos disponibles.

Este nuevo modelo requiere que se asuman responsabilidades por parte del sistema, de los profesionales y de los pacientes. Que el paciente esté adecuadamente informado es un derecho reconocido por la ley⁶³. Lograr que el

paciente sea consecuente es toda una meta de calidad asistencial con repercusiones sobre la salud de los pacientes y la del sistema.

Bibliografía

1. Last J, Spasoff RA, Harris S, Thuriaux MC, Byron Anderson J. *A Dictionary of Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2001.
2. Amalberti R, Cadilhac X, Garrigue-Guyonnaud H, Hergon E, Mounic V, Pibarot ML et al. *Principes methodologiques pour la gestion des risques en etablissement de sante*. Paris: Agence National d'Accreditation et d'Evaluation en Sante, 2003. Disponible en <http://www.anaes.fr/> [Consultado el 20 de agosto de 2005].
3. Alberti KGMM. Medical errors: a common problem. *BMJ* 2001;322:501-2.
4. Donaldson L. *Alianza mundial para la seguridad del paciente: desarrollo del programa 2005*. Ginebra: OMS, 2004. Disponible en www.who.int/patientsafety [Consultado el 22 de agosto de 2005].
5. Aibar C, Aranz J. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la asistencia sanitaria? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2003;26:195-209.
6. Brennan TA, Leape LL, Laird N, Hebert M, Localio AR, Lawthers A, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard medical practice study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
7. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian Health-Care Study. *Med J Aust* 1995; 163:458-71.
8. González-Hermoso F. Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. *Cir Esp* 2001;69:591-603.
9. Vincent C, Ennis M, Audley RJ. *Medical accidents*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
10. March JG, Sproull LS, Tamuz M. Learning from samples of one or fewer. *Organ Sci* 1991;2:1-3.
11. Van der Schaff TW. Development of a near miss management system at a chemical process plant.



- En: Van der Schaff TW, Hale AR, Lucas DA (eds). *Near miss reporting as a safety tool*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1991.
12. Ives G. Near miss reporting pitfalls for nuclear plants. En: Van der Schaff, Lucas DA, Hale AR (eds). *Near miss reporting as a safety tool*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1991.
 13. US Nuclear Regulatory Commission. *Reporting safety concerns to the NRC*. Washington, DC: US Nuclear Regulatory Commission, 1998.
 14. Robertson L. *Injury epidemiology, research and control strategies*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1998.
 15. National Research Council, Assembly of Engineering, Committee on Flight Airworthiness Certification Procedures. *Improving aircraft safety: FAA certification of commercial passenger aircraft*. Washington, DC: National Academy of Sciences, 1980.
 16. Fiesta J. Incident reports- confidential or not? *Nurs Management* 1994;25:17-8.
 17. Leape LL, Brennan T, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991;324:377-84.
 18. Hebert PC, Levin AV, Robertson G. Bioethics for clinicians: disclosure of medical error. *CMAJ* 2001;164:509-510.
 19. Orentlicher D. Medical malpractice. Treating the causes instead of the symptoms. *Med Care* 2000;38:247-9.
 20. Steel N, Guest C. Communicating risk. En: Pencheo D, Guest C, Melzer D, Muir Gray JA. *Oxford Handbook of Public Health Practice*. New York: Oxford University Press, 2002.
 21. National Patient Safety Agency. *Seven steps to patient safety. An overview guide for NHS staff*. London: NPH, 2004. Disponible en www.npsa.nhs.uk [Consultado el 20 de agosto de 2005].
 22. Segwick P, Hall A. Teaching medical students and doctors how to communicate risk. *BMJ* 2003;327:694-5.
 23. Smith R. Communicating Risk: the main work of doctors. *BMJ* 2003;327:7417.
 24. IOM. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington: IOM, 2001.
 25. European Commission DG Health and Consumer Protection. Luxembourg Declaration on Patient Safety: Patient Safety – Making it Happen! .Luxembourg, 5 April 2005.
 26. Keeney RL. Decisions about life-threatening risks. *N Engl J Med* 1994;331:193-6.
 27. Ghosh AK, Ghosh K. Misinterpretation of numbers: a potential source of physician's error. *Lancet* 2004;364:1108-9.
 28. Jadad AR, Rizo CA, Elkin MW. I am a good patient believe it or not. *BMJ* 2003;326:1293-4.
 29. González A. El paciente del siglo XXI. *Quark* 1999;16. Disponible en <http://www.imim.es/quark/> . [Consultado el 22 de agosto de 2005].
 30. Tormo MJ, Banegas JR. Mejorar la comunicación de riesgos en salud pública: sin tiempo para demoras. *Rev Esp Salud Pública* 2001;75:7-10.
 31. Borrel F. *Manual de entrevista clínica*. Barcelona: Doyma, 2004.
 32. Malenka DJ, Baron JA, Johansen S, Wahrenberger J, Ross JM. The framing effect of relative and absolute risk. *J Gen Intern Med* 1993;8:543-8.
 33. Gigerenzer G, Edwards A. Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *BMJ* 2003;327:741-4.
 34. Gordon-Lubitz RJ. Risk Communication: Problems of Presentation and Understanding. *JAMA* 2003;289:1.
 35. Godolphin W. The role of risk communication in shared decision making. *BMJ* 2003;327:692-3.
 36. Alaszewski A, Holick-Jones T. How can doctors communicate information about risk more effectively. *BMJ* 2003;327:728-31.
 37. Gurmankin AD, Baron J, Armstrong K. The effect of numerical statements of risk on trust and comfort with hypothetical physician risk communication. *Med Decis Making* 2004;24:265-71.
 38. Picano E. Informed consent and communication of risk from radiological and nuclear medicine examinations: how to escape from a communication inferno. *BMJ* 2004;329:849-51.
 39. Knapp P, Raynor DK, Berry DC. Comparison of two methods of presenting risk information to patients about the side effects of medicines. *Qual Saf Health Care* 2004;13:176-80.
 40. Adrian E, Elwyn G, Mulley A. Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures. *BMJ* 2002;324:827-30.



LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO: DEL PACIENTE INFORMADO AL PACIENTE CONSECUENTE

41. Sedgwick P, Hall A. Teaching medical students and doctors how to communicate risk. *BMJ* 2003;327:694-5.
42. European Commission. A guideline on the readability of the label and package leaflet of medical products for human use. EC Pharmaceuticals Committee, 1998.
43. Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough. *BMJ* 1999;318:318-22.
44. Palling J. Strategies to help patients understand risks. *BMJ* 2003;327:745-8.
45. Bennett P. Understanding responses to risk: some basic findings. En: Bennett P, Calman K (eds). *Risk communication and Public Health*. Oxford: Oxford University Press, 2005; 3-32.
46. Illich I. *Némesis Médica*. México: Mortiz-Planeta, 1984.
47. Garminde I. La interacción en el sistema sanitario: médicos y pacientes. En: Cabases J, Villalbí JR, Aibar C (eds). *Informe SESPAS 2002*. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud-Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 2002; tomo II, 567-80. Disponible en http://www.sespas.es/fr_inf.html. [Consultado el 6 de abril de 2005].
48. Health on the Net Foundation (<http://www.hon.ch/HONcode/Spanish/>). [Consultado el 22 de agosto de 2005].
49. Centre for Health Information Quality (<http://www.quick.org.uk/>). [Consultado el 22 de agosto de 2005].
50. International Health Care Coalition (<http://www.ihealthcoalition.org/>). [Consultado el 22 de agosto de 2005].
51. <http://www.ahrq.gov/consumer/>. [Consultado el 22 de agosto de 2005].
52. http://jama.ama-assn.org/cgi/collection/patient_page [Consultado el 22 de agosto de 2005].
53. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/pacientes.inicio> [Consultado el 22 de agosto de 2005].
54. Bravo R. El mundo salud. 30 noviembre 2002, número 503 Disponible en <http://www.elmundo.es/salud/2002/503/1038595856.html>. [Consultado el 22 de agosto de 2005].
55. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992;267:2221-6.
56. Quill TE, Brody H. Physicians recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med* 1996;125:763-9.
57. Whitney SN. A new model of medical decisions: exploring the limits of shared decision making. *Med Decis Making* 2003;23:275-80.
58. Palling J. Strategies to help patients understand risks. *BMJ* 2003;327:745-8.
59. Checkland K, Marshall M, Harrison S. Re-thinking accountability: trust versus confidence in medical practice. *Qual Saf Health Care* 2004; 13:130-5.
60. Kasperson, RE. Social disturb as a factor in sitting hazardous facilities and communication risks. *Journal of Social Issues* 1992;48:161-87.
61. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
62. Fundación ABIM, Fundación ACP-ASIM y Federación Europea de Medicina Interna. La profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica. *Med Clin (Barc)* 2002;118:704-6.
63. 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. BOE 274 de 15 de noviembre de 2002: 40.126-40.302.