



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**ESTRATEGIAS DE ABORDAJE PARA EL FENÓMENO DE LAS SEGUNDAS
VÍCTIMAS EN EL MARCO DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN, BOGOTÁ, 2021**

MARY LUZ GIRALDO PIEDRAHITA

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD

Tutor

EDNA AURORA SANDOVAL CASTAÑO

Trabajo presentado como requisito para optar por el título de

Magíster en Administración de Salud

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Febrero 2022

Tabla de contenido

1. Introducción	5
2. Planteamiento del problema	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Problema	10
2.3. Justificación	13
3. Propósito.....	15
4. Objetivos.....	15
4.1. Objetivo general.....	15
4.2. Objetivos específicos.....	15
5. Marco Teórico.....	16
5.1. Generalidades de la Seguridad del Paciente.....	16
5.2. La Cultura de la Seguridad.....	20
5.3. Las Segundas Víctimas.....	24
5.4. Programas de intervención para las segundas víctimas	28
6. Metodología.....	34
6.1. Tipo de estudio.....	34
6.2. Universo y/o población, muestra.....	34
6.2.1. Criterios de inclusión.....	35
6.2.2. Criterios de exclusión	35
6.3. Fuentes de información	35
6.4. Instrumentos	36
6.5. Validación del Instrumento	39
6.6. Matriz de variables y categorías.....	39
6.7. Sesgos y limitaciones de la investigación.....	41
7. Plan de campo	42
8. Plan de análisis.....	42
8.1. Procesamiento de datos.....	45
8.2. Procedimiento	46
9. Aspectos éticos	47

10. Resultados	49
10.1. Descripción de la muestra	49
10.2. Categoría 1: Cultura de seguridad y reporte.....	51
10.3. Categoría 2: Experiencia en evento adverso.....	55
10.4. Categoría 3: Descripción de síntomas si ha estado involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves	56
10.5. Categoría 4: Experiencia en evento adverso evitable	60
10.6. Categoría 5: Interés en recibir formación específica en evento adverso	61
10.7. Correlación de variables.....	61
11. Estrategias de abordaje a las segundas víctimas	64
11.1. Estrategia 1.....	67
11.2. Estrategia 2.....	69
11.3. Estrategia 3.....	70
12. Discusión.....	74
13. Conclusiones.....	76
14. Bibliografía.....	78
15. Anexos.....	85
15.1. Anexo 1: Cuestionario para profesionales de atención primaria.....	86
15.2. Anexo 2: Consentimiento informado entrevistas	101

Índice de tablas

Tabla 1 Proceso de recuperación del personal de salud segunda víctima	27
Tabla 2 La segunda encuesta sobre la experiencia de las víctimas	30
Tabla 3 Niveles de apoyo	30
Tabla 4 Matriz de variables y categorías	39
Tabla 5: Plan de campo	42
Tabla 6: Puntuación Escala de Likert (Negativo)	43
Tabla 7: Puntuación Escala de Likert (Positivo)	44
Tabla 8: Descripción de la muestra	51
Tabla 9: Cultura de seguridad y reporte	53
Tabla 10: Experiencia en evento adverso	55
Tabla 11: Descripción de síntomas si ha estado involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves	57
Tabla 12: Experiencia en evento adverso evitable	60
Tabla 13: Interés en recibir formación específica	61
Tabla 14: Resultados de pruebas c2 sobre variables de síntomas por haber estado expuesto a un evento adverso y las características del personal en salud	62
Tabla 15: Resultados de pruebas c2 sobre variables de acciones por haber estado expuesto a un evento adverso y las características del personal en salud	64

Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Nivel del modelo de intervención y soporte a segundas víctimas	31
Ilustración 2: Descripción de la muestra - Género	49
Ilustración 3: Descripción de la muestra – Edad	50
Ilustración 4: Descripción de la muestra - Rol	50
Ilustración 5: Descripción de la muestra - Años de experiencia en la profesión	51
Ilustración 6: Categoría 1 - Distribución de respuestas positivas y negativas	54
Ilustración 7: Categoría 2 - Porcentaje de respuestas positivas	56
Ilustración 8: Categoría 3 - Distribución de respuestas positivas y negativas y neutras	59

1. Introducción

Todos los días los trabajadores de la salud utilizan su conocimiento y experiencia para tratar diferentes problemas con múltiples grados de complejidad. Aunque todos los esfuerzos de los programas de seguridad del paciente van enfocados a evitar complicaciones, los errores humanos, la falta de instrumentos adecuados de diagnóstico y la complejidad de las problemáticas que se enfrentan, hacen que siempre exista un grado de falibilidad dentro del trabajo de los profesionales de la salud. Cuando hay una falla de este tipo, se presenta un evento adverso, que puede generar consecuencias negativas en la salud del paciente o incluso su muerte (Ozeke et al., 2019).

Ante la ocurrencia de un evento adverso, el personal de salud puede experimentar síntomas psicológicos (vergüenza, culpa, ansiedad, duelo y depresión), cognitivos (insatisfacción, burnout, estrés traumático secundario) y/o reacciones físicas relacionados con el impacto personal y laboral que genera el hecho de verse involucrado en el daño al paciente (A. W Wu, 2000).

Debido a esto, es deseable para el trabajador de salud contar con una red de apoyo que le ayude a manejar la situación y le brinde orientación psicológica, emocional y/o legal para poder sobreponerse y continuar con su trabajo de manera segura. Cuando no se cuenta con este apoyo, el trabajador se siente temeroso y angustiado por las consecuencias reales o imaginarias de los errores, la principal preocupación es haber perjudicado a un paciente. El impacto personal y profesional es enorme y el estrés que acompaña al error, se prolonga a lo largo de la carrera profesional a raíz de los recuerdos de los sucesos (Wolf et al., 2000).

Este fenómeno lo describió Albert Wu¹, quien denominó como “segundas víctimas” de un evento adverso a aquellos profesionales afectados psicológicamente por la ocurrencia de un evento adverso o por presenciar un evento adverso, no sólo es segunda víctima quien se ve directamente implicado en un desenlace negativo para el paciente, también lo es el personal que está involucrado como observador de los hechos; para el autor, esto incrementa la probabilidad de cometer errores adicionales y de prestar un cuidado subóptimo por parte de los prestadores de salud debido a las interrupciones emocionales que se presentan en los días siguientes al evento adverso.

Un evento adverso genera un efecto dominó, que incluye a la primera víctima, el paciente y su familia; la segunda víctima que es el profesional de la salud que sufre las consecuencias de haber estado implicado en un evento adverso; la tercera víctima que es la reputación del hospital y la cuarta víctima, son los pacientes que son perjudicados posteriormente por el estado de salud mental del profesional de la salud que se ha visto previamente afectado por un evento adverso (Ozeke et al., 2019).

La presente investigación busca a través de herramientas cuantitativas y cualitativas caracterizar el fenómeno de las segundas víctimas en una institución de atención primaria en salud, siguiendo la metodología propuesta por Mira y sus colaboradores en el estudio *“Las secuelas de los eventos adversos en los profesionales sanitarios españoles de atención primaria y hospitalaria”*(J. Mira et al., 2015). De igual manera se realizaron

¹ Albert W. Wu es profesor de Política y Gestión de la Salud y Medicina, con nombramientos conjuntos en Epidemiología, Salud Internacional, Medicina y Cirugía. Recibió una licenciatura y un título médico de la Universidad de Cornell y completó una residencia en Medicina Interna en el Hospital Mount Sinai y UC San Diego. Fue becario clínico Robert Wood Johnson en UCSF y recibió un MPH de UC Berkeley. Su investigación y enseñanza se centran en los resultados de los pacientes y la calidad de la atención

entrevistas semiestructuradas con los directivos de la institución prestadora de servicios para complementar el análisis y formular propuestas de intervención.

Se realizaron un total de 91 encuestas, donde se pudo evidenciar el fenómeno de la segunda víctima. Entre los entrevistados en general resalta una percepción positiva sobre la cultura de seguridad dentro de la institución. De ellos, el 38,5% ha conocido casos de profesionales que han sufrido problemas laborales a causa de un evento adverso y 34,1% sostienen haber conocido casos de profesionales que los han pasado muy mal emocionalmente a raíz del evento adverso de un paciente. Los síntomas que con mayor frecuencia se presenta en las personas que han estado involucradas en un evento adverso han sido: el cansancio; seguido de ansiedad e insomnio y dificultades para disfrutar sueño reparador. Luego de haber estado implicados en un evento adverso, 5,5% aseguró haber necesitado una incapacidad médica, 11% solicitaron traslado de servicio o sede de trabajo y 2,2% manifiestan haber abandonado la profesión. Por último, 89% de las personas desearían saber cómo afrontar mejor las consecuencias de los eventos adversos en los profesionales y 90,1% desearían saber cómo informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso.

Se realizó una propuesta de estrategias de abordaje para las segundas víctimas en la institución, con el fin de reforzar las medidas existentes y contribuir en la elaboración de un plan de intervención para fortalecer el desarrollo de la política de seguridad del paciente, procurando la prestación de servicios de salud seguros.

2. Planteamiento del problema

2.1. Antecedentes

En 1999 se publicó por primera vez en Estados Unidos el informe *“To err is Human: Building a safer health system”* del Institute of Medicine de los Estados Unidos de Norteamérica, donde se estableció que la atención en salud no está libre de riesgos y que los profesionales de la salud pueden cometer errores. En este informe se señala que entre 44.000 y 98.000 norteamericanos fallecen anualmente debido a fallos y errores cometidos en el sistema de salud de EEUU (Kohn et al., 2000).

En la estancia hospitalaria se pueden producir errores y eventos adversos. Un error corresponde a una acción insegura, el evento adverso según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el daño, de manera no intencional, producido al paciente resultado de una atención en salud, son situaciones inesperadas y no deseadas, asociadas directamente con la provisión del servicio al paciente y que pueden generar impactos como son: aumento de la estancia hospitalaria, lesiones, discapacidad o muerte del paciente.

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), alrededor de un 9% de los pacientes hospitalizados sufre un evento adverso (de Vries et al., 2008), mientras que en Atención Primaria este porcentaje es del 2% del total de consultas (Aranaz-Andres et al., 2012).

De igual forma, en países en desarrollo la prevalencia de eventos adversos en hospitales oscila alrededor del 10,5% (Aranaz-Andres et al., 2011), mientras que en consultas ambulatorias es aproximadamente de un 5% (Montserrat-Capella et al., 2015).

En Atención Primaria, según el estudio APEAS², la prevalencia estimada de eventos adversos es del 10,11% (IC95%: 9,48 - 10,74) observándose más de un evento adverso en el 6,7% de los pacientes, este estudio concluye que la práctica de la salud en este contexto es segura, teniendo en cuenta que la frecuencia de eventos adversos es baja y además predominan eventos de carácter leve (Ministerio de Sanidad, 2008).

Es importante señalar como el impacto de un evento adverso no finaliza con el daño al paciente, “cuando se produce (...), puede haber tres tipos de víctimas: la primera víctima es el paciente y la familia implicada, la segunda víctima es el profesional sanitario implicado y la tercera víctima es la organización implicada” (Seys et al., 2013). Además para el personal es difícil afrontar que cometió un error y requiere que las organizaciones tengan una cultura de seguridad del paciente proactiva en la que no se castigue por el error (Mirasolves & Lorenzo, 2015).

En el año 2000, Albert Wu³ empleó el término “segundas víctimas” para referirse a los profesionales afectados por el impacto de eventos adversos. De acuerdo con el autor, el trabajador de la salud involucrado en un evento adverso, queda profundamente herido, angustiado, y sienten dudas sobre sus habilidades clínicas y conocimientos (A. W Wu, 2000). Para Scott, se convierten en víctimas en el sentido que el profesional queda traumatizado por el acontecimiento (Scott et al., 2009). Por su parte, Wolf explica que las repuesta traumática de las segundas víctimas tiene aspectos emocionales, sociales, culturales y espirituales (Wolf, 2005).

² APEAS: Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria en salud

Las segundas víctimas sufren una serie de consecuencias físicas y psicológicas, según el estudio *“Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis”*, se identifican 21 síntomas experimentados por las segundas víctimas tras los eventos adversos; entre ellos se mencionan: recuerdos perturbadores, ansiedad/preocupación, ira hacia ellos mismos, arrepentimiento/ remordimiento, angustia, miedo a errores futuros, vergüenza, culpa y dificultades para dormir (Isolde M. Busch et al., 2020).

La atención a las necesidades de las segundas víctimas del evento adverso debe formar parte de las iniciativas nacionales y locales de la mejora de la calidad y la seguridad del paciente, donde el apoyo de la alta gerencia es fundamental en el diseño y la implementación de las políticas institucionales, la cultura y la respuesta rápida de una organización son esenciales para la recuperación de las víctimas y, en última instancia, afectarán la forma en que avanzan (Hauk, 2018).

2.2. Problema

En Colombia el tema de las segundas víctimas está poco desarrollado y es incipiente, se está conociendo y requiere de estrategias para abordarlo. De acuerdo con Bernal y Parra no se cuenta con lineamientos establecidos en las instituciones frente a su intervención (Bernal & Parra, 2018).

Sin embargo estudios realizados en otros países como España, “se pudo establecer que 8 de cada 10 profesionales de atención primaria, han presenciado algún incidente relacionado con la seguridad del paciente a lo largo de su carrera y un 62% ha sufrido la experiencia

como segunda víctima en los últimos 5 años (bien en sí mismos, bien a través de algún compañero)” (Torijano-Casalengua et al., 2016).

De igual forma y de acuerdo con el estudio “*A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain,*” el cual realizó un estudio observacional transversal en 48 centros de atención primaria, para medir el fenómeno de segunda víctima, se encontró una prevalencia del 0,8% distribuida de la siguiente manera: 0,8% para médicos generales incluyendo a los que estuvieran en formación; 1% para el personal de enfermería y 0,4% para pediatría (Aranaz-Andres et al., 2012)

Durante la actual pandemia de COVID-19, el personal de la salud se ha encontrado con circunstancias fuera de lo común. Hace 2 años cuando todo inició, los factores de estrés a corto y largo plazo y los riesgos para el bienestar físico, mental y emocional de los profesionales de la salud eran reales y representaban factores que predisponían a resultados adversos para su propia salud dado al riesgo de agotamiento a largo plazo, así como a eventos adversos durante la atención de los pacientes (Dewey et al., 2020), la presión sobre la fuerza laboral mundial del cuidado de la salud se ejercía de 2 formas: primero la carga fatigante de una enfermedad que ponía a prueba la capacidad del sistema de salud y la segunda, los efectos adversos sobre los trabajadores de la salud y efectos adversos en la calidad de la atención al paciente (Adams & Walls, 2020).

Algunos de estos factores de riesgo se han mencionado en estudios recientes: el miedo al contagio, el miedo a infectar a los miembros de la familia, el aislamiento social (Albert W. Wu et al., 2020), atender a los compañeros que enfermaron, aumento en la carga laboral, trabajar con protocolos nuevos y que cambian con frecuencia y sentirse fuera de control.

“Todas estas razones permiten entender por qué el personal de salud de primera línea puede convertirse fácilmente en una segunda víctima” (Lobão et al., 2021)

Dicho lo anterior, los responsables de los servicios de salud deben conocer el fenómeno de las segundas víctimas, caracterizarlo y establecer estrategias que le permita a las instituciones y al personal de salud superar los efectos negativos al verse implicados en un evento adverso, además procurar tener herramientas que garanticen una intervención oportuna y efectiva luego de presentarse un evento adverso, la intervención del evento adverso en el trabajo de las segundas víctimas es de manejo prioritario en las primeras 4 a 24 horas (Martens et al., 2016).

Es importante destacar que las segundas víctimas de un evento adverso cambian su forma de relacionarse con los pacientes a partir de su ocurrencia, se vuelven inseguros, su situación afectiva se ve alterada y las dudas sobre su criterio profesional hacen que se afecte la calidad de la atención que brindan a otros pacientes, hasta tal punto que pueden solicitar cambio de servicio, requerir una incapacidad laboral o abandonar su profesión. Estudios han demostrado que después de la ocurrencia de un evento adverso se incrementa la posibilidad de que ocurra un nuevo evento adverso debido a la respuesta emocional (Mira J.J. & Lorenzo, 2016). Por lo anterior, es importante que cuando ocurre el evento adverso, los profesionales de la salud tengan apoyo institucional y el soporte adecuado para enfrentar la situación y los cambios que se generan a nivel personal (Gallagher, 2003).

En este orden de ideas, es importante sensibilizar a los profesionales de la salud y a los gerentes de instituciones frente al fenómeno de las segundas víctimas y así lograr implementar programas de intervención que permitan mitigar el impacto negativo que se

presenta para el personal de salud, con el paciente y las instituciones donde ocurren los hechos.

2.3. Justificación

“El apoyo a la segunda víctima va más allá del principio ético y moral de cuidar a quienes cuidan de la salud de los demás, siendo su objetivo final la reducción de los riesgos para el paciente y, por tanto, la mejora de su seguridad” (Carrillo et al., 2016).

Como profesionales de salud, el hecho de estar involucrados en errores de la práctica laboral genera para la mayoría de los implicados, una sensación de angustia que nos hace vulnerables a nuestros propios pensamientos de incapacidad.

Según lo mencionado por (Carrillo et al., 2016) en el estudio “Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales”, se obtienen varios beneficios del apoyo a la segunda víctima y la mejora de la seguridad de los pacientes:

1. Disminución de la probabilidad que se presenten nuevos eventos adversos
2. Aportar información a la investigación sobre segundas víctimas evitando así la aparición de nuevos eventos adversos
3. Reducir la probabilidad de que los profesionales de la salud implicados en un evento adverso, abandonen posterior a ello la práctica asistencial (Carrillo et al., 2016).

Además, “el problema del error humano puede considerarse de dos maneras: el enfoque de la persona y el enfoque del sistema. Cada uno de ellos tiene su modelo de causalidad error y

cada modelo da lugar a filosofías de gestión del error bastante diferentes. Comprender estas diferencias tiene importantes implicaciones prácticas para hacer frente al siempre presente riesgo de percances en la práctica clínica” (J. Reason, 2000).

Actualmente en Colombia es escasa la literatura que permite realizar una aproximación al tema de segundas víctimas, por esto, es importante que desde las organizaciones se realice un aporte con el que se pueda profundizar, buscando así aumentar el conocimiento y fomentando la implementación de estrategias a partir de la caracterización de los profesionales de salud que participan en un evento adverso.

Finalmente, se debe tener en cuenta que, al medir el impacto sobre las segundas víctimas, se tendrá información que permitirá implementar un plan de trabajo para su manejo en la atención primaria en salud ⁴; su ejecución se convertirá en un acercamiento para generar una política de respaldo para el talento humano en salud, brindando el apoyo y las herramientas necesarias que mitiguen el impacto y permitan continuar con un adecuado desarrollo profesional y laboral.

Para la IPS en la que se aplicará el cuestionario, los resultados de esta investigación son relevantes porque permitirán medir la percepción del fenómeno de segundas víctimas en el personal asistencial y también, contar con las estrategias que se propondrán para el abordaje de esta problemática.

⁴ Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

3. Propósito

Abordar el fenómeno de las segundas víctimas y medir la percepción del fenómeno de las segundas víctimas en el personal de salud de una IPS de atención primaria, será el camino hacia la implementación de estrategias de abordaje, donde no sólo se propenda por garantizar prácticas que no generen daño asociado a la atención en salud, sino que permitan generar planes de intervención.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Proponer estrategias de abordaje para el fenómeno de las segundas víctimas en el marco del programa de seguridad del paciente en el nivel primario de atención en una Institución Prestadora de Servicios en Bogotá, 2021.

4.2. Objetivos específicos

- Medir la percepción del fenómeno de las segundas víctimas en el personal asistencial de una Institución Prestadora de Servicios (IPS) en el nivel primario de atención, a través de la aplicación de una encuesta.
- Caracterizar la experiencia con el fenómeno de las segundas víctimas en el personal asistencial en el nivel primario de atención en salud.
- Proponer estrategias para el abordaje del fenómeno segundas víctimas en una Institución Prestadora de Servicios en el nivel primario de atención, a partir de entrevistas dirigidas a profesionales administrativos de la institución

5. Marco Teórico

5.1.Generalidades de la Seguridad del Paciente

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ define la calidad de la atención en salud como “el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a los conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación,” (Organización Mundial de la Salud, 2020).

A su vez, la prestación en los servicios de salud debe cumplir con las siguientes características: ser eficaces, centrados en la persona, oportunos, equitativos, integrados, eficientes y primordialmente seguros; estas características se han venido construyendo, transformando y enriqueciendo a lo largo del tiempo, todo esto con un mismo objetivo en la actualidad, brindar atención integral procurando el bienestar de las personas, generando un impacto positivo en su salud, el cual es evaluado y calificado de acuerdo a la calidad de atención percibida.

“Uno de los ejes de la calidad de la asistencia sanitaria es la seguridad del paciente, que busca garantizar que los tratamientos y los cuidados que reciben los pacientes no les supongan daños, lesiones o complicaciones más allá de los derivados de la evolución natural de la propia enfermedad que padezcan, y de los necesarios y justificados para el

⁵ La OMS es una entidad internacional que da pie para que dentro de muchos Estados Nacionales se tomen medidas de políticas públicas sanitarias gubernamentales para mejorar las condiciones de vida de sus ciudadanos. De ahí la necesidad de un Estado Social que regule de manera coordinada las políticas de salud pública para evitar males mayores que los ciudadanos sin un Estado promotor de mejoras sociales sería incapaz de lograr por sí mismo. [GA Moreno](#) - Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, 2008 - redalyc.org

adecuado manejo diagnóstico, terapéutico o paliativo del proceso de enfermedad” (Ministerio de Sanidad, 2008)

Es importante recordar que durante el siglo XX, los anestesiólogos fueron probablemente el grupo de especialidad médica más interesado y activo en la mejora de la seguridad del paciente, a raíz de la divulgación de los errores que se presentaban en esta especialidad con resultados de lesiones o muertes, la Sociedad Americana de Anestesiólogos creó la Fundación para la Seguridad del Paciente en Anestesia (APSF) en 1985, el resultado de esto fue la estandarización de prácticas de anestesia, como la pulso oximetría y la monitorización electrónica, logrando así en pocos años, una disminución en la tasa de mortalidad relacionada con anestesia (Banja, 2019).

Leape, uno de los fundadores del movimiento por la seguridad, cita en su ensayo *“El Estudio de la Práctica Médica de Harvard, publicado en el New England Journal of Medicine en 1991”*, que el 3,7% de un grupo de pacientes hospitalizados en una institución sufrieron daños y de esos incidentes, el 69% fueron causados por errores (Banja, 2019).

De manera semejante, en 1995 las cirugías erróneas fueron noticia junto con el caso de la administración por error de dosis masivas de quimioterapia que acabaron siendo mortales. “En 1996 se celebró la primera conferencia multidisciplinar sobre errores médicos en el Centro Annenberg de Ciencias de la Salud de California, donde la Asociación Médica Americana (AMA) anunció la creación de la Fundación Nacional para la Seguridad del Paciente” (Banja, 2019).

Cuando se habla de prestar servicios sanitarios seguros, la OMS se refiere a evitar lesionar a las personas a las que dispensen atención; la prestación de servicios “como cualquier actividad compleja desarrollada por el ser humano -también entraña ciertos riesgos”.

Teniendo en cuenta la definición de la OMS, se describió el evento adverso como un accidente imprevisto e inesperado que le causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la atención en salud que recibe y no de la enfermedad que padece.

Por otro lado, se describió la segunda víctima como el profesional que participa en un evento adverso, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente y se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso (A. W Wu, 2000).

En ese sentido, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, ha incentivado a los países a establecer estrategias para “promover la investigación y facilitar la utilización de resultados de la investigación en pro de una atención sanitaria más segura y una reducción del riesgo de ocasionar daño a todos los Estados Miembros de la OMS” (OMS, 2008).

Entre 1996 y 1999, se implementaron diferentes prácticas en seguridad del paciente, las cuales incluían ajustes tecnológicos, entrenamiento del talento humano y la participación del mismo como garante de las prácticas seguras (Banja, 2019).

En 2008 se realiza en España el estudio APEAS, Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria en salud, cuyos objetivos generales estaban enfocados en mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente que se asocian a la aparición de eventos adversos evitables; incrementar el número de profesionales involucrados en la seguridad del paciente e incorporar a la agenda de los equipos de

atención primaria los objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente. Se concluyó que “la práctica sanitaria es en su mayoría segura: la frecuencia de evento adverso es baja, y además, predominan los de carácter leve” (Ministerio de sanidad, 2008).

Entre 2012 y 2013 se llevó a cabo en Brasil, Colombia, México y Perú el estudio AMBEAS, el cual tuvo como objetivo elaborar un protocolo para determinar la frecuencia, características y evitabilidad de los eventos adversos en los pacientes en la asistencia ambulatoria en Latinoamérica y el Caribe (Ministerio de Salud, 2008).

En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social, promueve una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (Ministerio de Salud, 2008).

Como estrategia para la disminución de la ocurrencia de eventos adversos, en el año 2005 el Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA), incorporó como requisito de entrada a las instituciones que quieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos. Posteriormente el componente de Habilitación de nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad⁶ definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del

⁶ El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

paciente, así como de diez buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias (Ministerio de Salud, 2008).

Se implementó la creación de los paquetes instruccionales para que las instituciones tuvieran directrices técnicas, estos muestran los componentes fundamentales de todo programa institucional de seguridad del paciente y las actividades clínicas relacionadas; las cuales, implementadas de manera sistémica, rigurosa y constante, deben llevar a la disminución, al mínimo posible de eventos adversos; su diseño tiene referenciación nacional e internacional con hospitales de alto reconocimiento por su calidad y seguridad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010).

Adicional a lo anterior, las instituciones pasaron de la recomendación estatal de trabajar en seguridad del paciente, a la obligatoriedad de tener una estructura exclusivamente dedicada a este tema (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010).

Es así como la seguridad del paciente y la política que la promueve constituyen una herramienta fundamental en la reducción de la ocurrencia de eventos adversos, cuyo impacto alcanza a los pacientes como sujetos de cuidado y a los profesionales como generadores de la atención, denominados en este contexto como las segundas víctimas.

5.2. La Cultura de la Seguridad

La naturaleza humana está asociada al error en cualquier actividad y la práctica en salud no es la excepción, la complejidad de las organizaciones de salud y de los procesos asistenciales, se traduce en una necesidad constante de educar y entrenar al personal sanitario, de empoderar a los directivos e instituciones sobre la seguridad del paciente y de

lograr que estas dos aristas se articulen y se vean reflejadas en una disminución de incidentes y eventos adversos (Portela et al., 2019).

Los fundamentos de la seguridad asistencial se establecen en dos aspectos: 1. La teoría del error de Reason y 2. La cultura de seguridad (Rocco & Garrido, 2017). La teoría del error acepta que el ser humano puede fallar o equivocarse, por lo que, a pesar de todos los esfuerzos para evitarlos, los errores se seguirán presentando (Rocco & Garrido, 2017).

James Reason describió el error humano como “la ejecución no intencionada de un plan incorrecto para lograr un objetivo o la ejecución no adecuada de una acción planificada” (Reason J, 1990), esto significa que el plan puede ser adecuado, pero las acciones asociadas a él no se dan como se esperaba o que las acciones se realizan según lo previsto, pero el plan no cuenta con los aspectos necesarios para lograr el resultado (Portela et al., 2019).

Reason propone estudiar el error humano desde 2 enfoques:

- Centrado en la persona o modelo personal clásico, el cual sostiene que las personas son las causas de los errores y es el enfoque que socialmente se ha reconocido. Los errores se ven como actos inseguros relacionados con procesos mentales incorrectos como: lapsus de memoria, falta de atención, falta de motivación, descuido, abandono e imprudencia.
- Centrado en los sistemas o modelo sistémico, reconoce que las personas fallan y los errores son esperables. Los errores se muestran como consecuencia y no como causa y tienen su origen en los fallos latentes del entorno asistencial.

Reason afirma que “aunque no se puede cambiar la condición humana, se pueden modificar las condiciones en que los seres humanos trabajan... la seguridad del paciente se debe basar en aprender de los errores para intentar evitarlos mediante una gestión proactiva del riesgo, en lugar de una acción reactiva y punitiva, centrada en el fracaso humano como la única causa de los eventos adversos” (Portela et al., 2019)

La cultura de la seguridad se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir (Rocco & Garrido, 2017). Es un tema que data de la catástrofe nuclear de Chernóbil, por ello tomó un papel relevante a nivel mundial (Feng et al., 2008). La característica clave de la cultura de seguridad es “la percepción compartida entre los directivos y el personal sobre la importancia de la seguridad” (Clarke, 1999).

En el contexto sanitario, el término se refiere a la forma en que se hacen las cosas en un lugar, procurando cumplir con unos estándares mínimos que garanticen la ejecución de actividades y procedimientos seguros, detectando de esta manera los fallos que se producen al interior de la organización y evitando los errores humanos que conllevan a causar daño a un paciente. En las organizaciones con cultura de seguridad, las personas tienen un ambiente de confianza, consideran que la seguridad es importante y existe la convicción de que las medidas preventivas son eficaces (Pronovost, 2005).

Según el estudio realizado y presentado en el artículo “*Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis*”, se evidenció que la cultura de seguridad del paciente es un subgrupo de la cultura organizativa y tiene estrecha relación con los valores y las creencias

relativos a la seguridad del paciente dentro de las instituciones de salud (Feng et al., 2008). La cultura de seguridad en el sistema sanitario depende de factores como la conducta individual de cada persona y la expectativa constante de que los seres humanos no cometan errores; aspectos como las largas jornadas de trabajo, el estrés y la mala comunicación, se han considerado recientemente como factores que predisponen a los errores.

Se describen las dimensiones de la cultura de seguridad que componen una cultura de seguridad positiva, las que se consideran más frecuentemente son: Liderazgo comprometido y responsabilidad ejecutiva; comunicación basada en la confianza mutua, abierta y positiva (Mahajan, 2011); justicia, es decir que no impone medidas punitivas (Rocco & Garrido, 2017).

Sin embargo, cambiar la cultura es un reto para todas las organizaciones, ya que esto exige un cambio en el comportamiento de las personas lo cual provoca una resistencia generalizada, incluso entre quienes son solidarios y comprometidos. En la medida en que las personas tengan mayor experiencia en la práctica profesional, tienen opiniones y juicios firmes sobre las prácticas seguras y resulta más complejo encontrar equilibrio entre la estandarización y la autonomía del profesional (Mahajan, 2011). Mahajan sugiere un enfoque sistemático, el cual, al ser aplicado, tiene una mayor probabilidad de tener un impacto positivo duradero en la cultura de seguridad:

1. Evaluar la cultura predominante
2. Educación sobre el tema
3. Identificación de los problemas de seguridad
4. Establecer equipos y funciones de liderazgo

5. Establecer asociaciones y redes para mejorar la identidad de grupo
6. Aprender de los buenos y malos ejemplos de la aplicación
7. Compartir la experiencia y comunicar los éxitos
8. Reevaluar la cultura

Una percepción positiva sobre la cultura de seguridad en el ámbito sanitario puede contribuir a mejorar los procesos y así brindar cuidados bajo prácticas seguras; por el contrario, una percepción negativa, impide que las personas implementen medidas correctivas frente a las fallas y errores detectados por miedo a ser señalados o juzgados.

5.3. Las Segundas Víctimas

En el año 2000 Albert Wu describe en su artículo *“Medical error: the second victim”* el impacto de los errores en los profesionales, y hace referencia a todo profesional que participa en un evento adverso, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso (A. W Wu, 2000). En este contexto, se utiliza el término “profesional” para incluir a cualquier persona que provee servicios a los pacientes como médicos, enfermeras, personal de apoyo, estudiantes y voluntarios (Scott S, et al., 2010).

En otras palabras, la segunda víctima experimenta la angustia debida al daño causado y las consecuencias que este tiene para el paciente, adicional a la vulnerabilidad en cuanto a su reputación, sentimientos de incapacidad e incompetencia profesional y la “fragilidad” institucional frente a la percepción de no poder cumplir con los procesos y protocolos de atención por carecer de personal idóneo y capacitado para la ejecución de las labores.

Adicional a esto, es posible que ante un evento adverso hasta un 74% de los profesionales de la salud oculten información por temor tanto con el paciente como con los compañeros de trabajo e instancias superiores (Gallagher et al., 2006) y también por las consecuencias legales que se puedan desencadenar (Fallowfield, 2010) (White & Gallagher, 2013)

El fenómeno de las segundas víctimas, tal como se cita en el estudio “*The natural history of recovery for the health care provider second victim after adverse patient events*”, es un hecho que altera la vida del profesional y deja una huella permanente en el personal sanitario (S D Scott et al., 2009).

En el estudio realizado por (Van Gerven et al., 2016) en el que se pretendía examinar los síntomas experimentados por la segunda víctima luego de un incidente relacionado con la seguridad del paciente, describió 3 distintas formas de respuestas para el ámbito personal y profesional:

Ámbito personal

1. Respuestas emocionales: Sentirse deprimido, solo, culpable, negativo, avergonzado, ansioso, decepcionado, desesperado, triste, frustrado, entre otras.
2. Respuestas mentales: Flashbacks (se refieren a *flashes* de la vida cotidiana, se reviven recuerdos de lo ocurrido, se repiten en la mente una y otra vez), depresión, sensación de que nunca volverá a ser feliz y nunca volverá a ser la misma persona.
3. Respuestas físicas: Enfermedad, dolor de estómago, llanto, vómitos, insomnio, pérdida de peso, agotamiento, pérdida de peso, tensión, estrés, temblores.

Ámbito profesional

1. Respuestas emocionales: disminución de la capacidad de recuperación, incertidumbre, pérdida de placer al realizar el trabajo, estrés, aislamiento, entre otras.
2. Respuestas mentales: Respuestas positivas como por ejemplo mayor conciencia de responsabilidad, controles adicionales, ser más cuidadoso, atención a las medidas de prevención, más crítico. Respuestas negativas como la pérdida de concentración, el miedo al futuro, miedo a la pérdida de la reputación, pérdida de confianza en la institución, entre otras.
3. Respuestas físicas: temblores en todo el cuerpo, no poder continuar desempeñando la profesión, cambiar de trabajo (otro entorno con menos responsabilidad, menor número de horas laborales), dudas acerca de volver al trabajo, jubilación temprana, entre otras.

Dicho lo anterior, los responsables de los servicios de salud deben tener en cuenta la incidencia y prevalencia de segundas víctimas en sus instituciones y deben procurar tener herramientas que garanticen una intervención oportuna y efectiva luego de presentarse un evento adverso. La atención a las necesidades de las segundas víctimas de la atención en salud debe formar parte de las iniciativas nacionales y locales de mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

Muchas veces los profesionales de la salud no se sienten seguros sobre a quién acudir para solicitar de forma segura ayuda y /o guía. Como resultado, sufren en silencio. Si el apoyo emocional no es abordado de manera oportuna y apropiado, por parte del centro de atención

médica, las segundas víctimas pueden enfrentar secuelas a largo de su carrera que podrían afectar negativamente su desempeño laboral.

Para Susan Scott las segundas víctimas desarrollan su propia manera de afrontar la situación, pero cada una descubre una trayectoria de recuperación predecible. A continuación, se presentarán las etapas que se identificaron en su estudio *The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events* :

Tabla 1 Proceso de recuperación del personal de salud segunda víctima

Etapas	Características del Estado	Preguntas comunes
Etapa 1 Caos y Respuesta al incidente	<ul style="list-style-type: none"> • Descubre cómo ocurrió el evento adverso. • Confusión, Clínicamente distraído. 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo ocurrió eso? ¿Por qué sucedió eso?
Etapa 2 Pensamientos intrusivos	<ul style="list-style-type: none"> • Entender lo que ocurrió • Revalorizar la situación • Sentimientos de aislamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué no realice? ¿Qué debería haber hecho diferente?
Etapa 3 Restaurando la integridad personal	<ul style="list-style-type: none"> • Restablecer la credibilidad profesional entre compañeros y supervisores. • Miedo al rechazo de los colegas. 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo puedo volver a confiar en mí? ¿Qué pensarán los demás de mí?
Etapa 4 Soportando la inquisición	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar informe del evento. • Miedo a perder licencia y empleo. 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Perderé mi licencia o trabajo como resultado de este incidente?
Etapa 5 Consiguiendo apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar con seguridad los sentimientos sobre el evento. • Busca ayuda emocional pero preocupado por la privacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ¿En quién puedo confiar para hablar sobre este caso? ¿Dónde puedo ir por ayuda?
Etapa 6 Siguiendo hacia adelante	<p>Abandono –</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de rol profesional • Cambiándose de unidad • Sintiéndose incierto <p>Sobreviviendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar formas de hacer frente • “Haciendo las cosas bien” <p>Prosperando</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtenga información de cómo trabajar y aportar en iniciativas frente a la seguridad del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Esta es la profesión en la que debo de estar? ¿Puedo con este tipo de trabajo? ¿Cómo se puede prevenir para que no vuelva a pasar? ¿Cómo puedo hacer para no sentirme culpable o triste? ¿Cómo puedo hacer para mejorar la seguridad de nuestros pacientes? ¿Qué puedo aprender de esto?

Nota: Tomado de Scott, S D, Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events.

Cada una de las etapas son un prerrequisito para avanzar a la siguiente y tienen un papel importante en el resultado final del proceso de recuperación, sin embargo, consideramos que la intervención en la etapa 3: Restaurando la integridad personal, es clave en el desarrollo del restablecimiento de la autoconfianza y la reafirmación del valor personal y profesional, en la que se puede intervenir a la segunda víctima con un programa que cumpla con el objetivo de apoyar la recuperación, de esta manera las etapas subsiguientes se experimentarán con una mayor grado de conciencia y efectividad, logrando así la recuperación total o la mayor parte de ella.

5.4. Programas de intervención para las segundas víctimas

Según lo menciona la Guía de buenas prácticas para la Seguridad del Paciente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010), el apoyo de la alta gerencia es fundamental en el diseño y la implementación de las políticas institucionales. Por esto, cuando se piensa en la intervención a las segundas víctimas, se debe considerar poner en marcha un método para reporte del evento adverso, en el cual el profesional tenga la libertad de compartir la información de lo sucedido, como una herramienta que sirva como punto de partida para fortalecer los procesos y prácticas institucionales en miras a garantizar la calidad de la atención en salud.

Además de lo anterior, cada institución de salud debe ser garante del apoyo a las segundas víctimas, su abordaje oportuno hará posible una recuperación rápida, y más importante aún, ayudará a identificar acciones de mejora para evitar que se cometa el mismo error (Isolde Martina Busch et al., 2021).

Como resultado de lo anterior, garantizar el apoyo adecuado a las segundas víctimas es reconocido como una norma y estrategia de la seguridad esencial para la mayoría de las organizaciones nacionales e internacionales importantes, es así que la estrategia 4.4 del Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021 – 2030 de la OMS menciona: “Garantizar que los pacientes, las familias y el personal sanitario (las “segundas víctimas”) reciban apoyo psicológico continuo y de otro tipo tras un incidente grave relacionado con la seguridad del paciente” (World Health Organization, 2021).

Según el estudio “*Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team*”, los investigadores consideraron la posibilidad de un equipo especializado con conocimientos y experiencia en el apoyo a los profesionales de la salud durante los primeros momentos luego de ocurrido el evento adverso y reconocerse como una segunda víctima. Es así como se describe el despliegue de un sistema institucional de respuesta rápida para segundas víctimas (RRS). Se diseñaron unas entrevistas para comprender la experiencia de sufrimiento y para obtener las intervenciones de curación específicas consideradas por los participantes:

Tabla 2 La segunda encuesta sobre la experiencia de las víctimas

Saludo de la encuesta: La Oficina de Eficacia Clínica (OCE) patrocina esta breve encuesta para evaluar la eficacia del apoyo al personal tras sucesos graves no anticipados en el lugar de trabajo. Su opinión es muy importante para nosotros. Su respuesta será anónima. Por favor, dedique unos minutos a completar esta encuesta. Gracias por su participación.	
10 puntos de la encuesta	Conjuntos de respuestas
1. ¿En qué centro trabaja actualmente?	Despliegue-Seleccione uno
2. ¿Cuál es su posición actual?	Despliegue-Seleccione uno
3. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en su profesión actual?	Despliegue-Seleccione uno
4. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el MUHC?	Despliegue-Seleccione uno
5. ¿Ha oído el término <i>segunda víctima</i> para describir a los miembros del equipo sanitario que se ha visto traumatizado emocionalmente por un acontecimiento/resultado clínico imprevisto?	Si/No
6. En los últimos 12 meses, ¿hubo algún acontecimiento clínico que le causara problemas personales como ansiedad, depresión o preocupación por su capacidad para realizar su trabajo? Si la respuesta es afirmativa, pase al punto 7; si es negativa, pase al punto 10.	Si/No
7. ¿Ha recibido apoyo de alguien del sistema de la Universidad de Missouri?	Si/No
8. ¿Quién le ha apoyado tras este acontecimiento? [incluyó 8 opciones para Administración, Amigo cercano, Colega/compañero, miembro de la familia, director, pareja, supervisor y/u otro].	Seleccione todo lo que corresponda y abra la caja de texto para "Otros"
9. Tras el acontecimiento clínico imprevisto, marque todas las opciones que correspondan. [Se incluyeron 26 opciones, que van desde "lo resolví emocionalmente por mi cuenta" hasta "contemplé seriamente dejar la profesión"]	Seleccione todo lo que corresponda y abra el cuadro de texto "Otros".
10. Describa sus recomendaciones sobre estrategias de apoyo si usted u otro compañeros de salud/colegas estuvieron involucrados en un evento clínico grave.	Cuadro de texto abierto (caracteres ilimitados)
Comentarios adicionales	Cuadro de texto abierto (caracteres ilimitados)

Nota: Scott, Susan D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M., Phillips, E. C., & Hall, L. W. (2010). Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team

A partir de los resultados de las entrevistas y de la encuesta, se apoyó la implantación de un sistema de respuesta rápida (RRS) para las segundas víctimas, iba desde el apoyo inmediato de primeros auxilios hasta el asesoramiento profesional.

Este cuenta con 3 niveles de apoyo:

Tabla 3 Niveles de apoyo

Nivel	Descripción
1	Abordar de forma preventiva a las posibles segundas víctimas para asegurarse de que están bien después de un acontecimiento clínico crítico que podrías evocar una respuesta de segunda víctima.
2	Es un nivel intermedio, proporciona orientación y apoyo a las segundas víctimas previamente identificadas.
3	Debe garantizar la rápida disponibilidad y el acceso al apoyo y la orientación de un profesional.

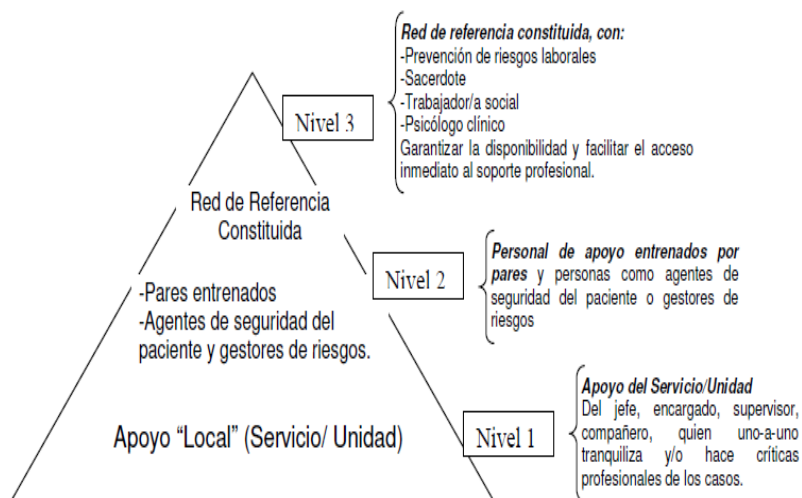
Nota: Scott, Susan D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M., Phillips, E. C., & Hall, L. W. (2010). Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team

Después de 3 años de investigación se desplegó un segundo equipo de respuesta rápida para las segundas víctimas. El equipo interprofesional de *ForYOU*, cuyo principio es el

entendimiento de que aunque cada evento es una experiencia única, se espera que los miembros del equipo utilicen el modelo de tres niveles para facilitar la transición de la segunda víctima a través de las seis etapas de recuperación emocional (Susan D. Scott et al., 2010).

El objetivo del “forYOU Team” es ayudar al profesional a recuperar un nivel de práctica clínica satisfactorio como el que tenía previo al incidente, además de apoyarlo y proporcionarle un entorno seguro en el que pueda expresar sus sentimientos y pensamientos (Carvajal Ruz, 2017).

Ilustración 1: Nivel del modelo de intervención y soporte a segundas víctimas



Nota: Scott, Susan D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M., Phillips, E. C., & Hall, L. W. (2010). Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team

El programa RISE, Resilience in Stressful Events (por sus siglas en inglés) fue implementado en el Hospital John Hopkins entre los años 2010 y 2012. En primer lugar, en el año 2010 se realizó una encuesta en la que se preguntó a los profesionales que evaluaran el nivel de conciencia existente sobre el fenómeno de las segundas víctimas, que recordaran

un evento adverso en el que se hubieran visto involucrados y en quién buscaron apoyo, además de proponer medidas de apoyo que les gustaría que se les ofreciera en su institución. Un aspecto para destacar de esta encuesta fue que de las 140 personas que participaron en ella un 46,3% eran enfermeras mientras que solo un 4% eran médicos.

Tras la lectura de los resultados de la encuesta se inició la puesta en marcha del programa RISE el cual contó inicialmente con 4 fases:

1. Desarrollo del programa
2. Reclutamiento y formación de interlocutores
3. Lanzamiento de la prueba piloto del RISE en el Departamento de Pediatría
4. La expansión de RISE en todo el hospital

La misión del programa RISE es proporcionar apoyo a tiempo a los profesionales sanitarios que se han visto envueltos en la ocurrencia de un evento adverso. Este programa también se basó en el programa “*forYOU team*” y entre sus objetivos destacan:

- Incrementar el nivel de conciencia y conocimiento sobre el fenómeno de las segundas víctimas.
 - Proporcionar apoyo interdisciplinar y por parte de iguales en un ambiente libre de juicios.
 - Dotar a los profesionales de estrategias de afrontamiento individuales y saludables ante la ocurrencia de un evento adverso.
 - Guiar a los profesionales en el desarrollo y evolución de sus roles profesionales.
- (Carvajal Ruz, 2017).

El éxito del proceso de afrontamiento para la segunda víctima está condicionado en gran medida por las redes de apoyo con las que cuente el profesional para continuar con su vida personal y laboral.

6. Metodología

6.1. Tipo de estudio

De acuerdo con Sampieri se realizó un estudio de tipo mixto “el cual representa un conjunto de procesos que implican la recolección y el análisis de datos cualitativos y cuantitativos, así como su integración y discusión conjunta, para lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio” (Hernández Sampieri, 2014).

Para esto se desarrollaron dos metodologías. La primera fue un estudio descriptivo de corte transversal que consistió en aplicar una encuesta cuyo objeto era obtener información que permitiera medir la experiencia de los profesionales asistenciales de una institución prestadores de servicios de salud en Bogotá, sobre el fenómeno de la segunda víctima, este tipo de estudio está diseñado para medir la proporción de un evento en una población definida y en un punto específico de tiempo.

La segunda metodología, consistió en realizar entrevistas semiestructuradas a directivos de la institución que permitirán entender la percepción de los directivos frente al tema de segundas víctimas y de acuerdo con esto, proponer estrategias de abordaje para su atención.

6.2. Universo y/o población, muestra

Para la encuesta, se tomó como universo de estudio los colaboradores de la IPS “Sistemas de Terapia Respiratoria SAS”, la institución tuvo sus orígenes en 1974 cuando su fundador prestaba asesoría en cuidado respiratorio a diferentes instituciones reconocidas en la Bogotá. En 1989, introdujo el concepto de cuidado en el hogar dirigido a rehabilitar pacientes oxígeno dependientes. En 1999 inicia la atención del paciente crónico y agudo en

su hogar con patologías diferentes a las respiratorias. En 2006 surge el programa medicina y rehabilitación en casa donde se prestan servicios integrales de calidad compuestos por: terapias física, respiratoria, ocupacional y de lenguaje, psicología, nutrición y atención médica presencial y telefónica. Actualmente la institución cuenta con 200 colaboradores en sus 2 sedes ubicadas en Bogotá y Tunja.

$$\text{Tamaño de Muestra} = Z^2 * (p) * (1-p) / c^2$$

Para un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, el objetivo era encuestar a 132 personas.

6.2.1. Criterios de inclusión

- Personal asistencial que labore en una IPS de atención primaria en salud.
- Mayores de 18 años
- Personas que voluntariamente quieran participar en el estudio.

6.2.2. Criterios de exclusión

Personal administrativo que labore con la IPS de atención primaria en salud y que pertenezcan a procesos diferentes del área asistencial.

Personas que voluntariamente no quieran participar en el estudio.

6.3. Fuentes de información

Esta investigación utiliza fuentes de información primarias. Se aplicó a los colaboradores asistenciales vinculados con la IPS Sistemas de Terapia Respiratoria SAS, la encuesta “Cuestionario para personal de la salud en atención primaria” tomado de la página

www.segundasvictimas.es, cuyos resultados se presentaron en el estudio “*The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals*”, para esto, se solicitó autorización al investigador principal del artículo Dr. José Joaquín Mira,

Se realizaron entrevistas semiestructuradas dirigidas al gerente general de la compañía, líder de calidad y líder de seguridad del paciente; con el fin de indagar la percepción sobre las segundas víctimas del personal directivo y de esta manera proponer las estrategias de abordaje ante este fenómeno.

6.4. Instrumentos

6.4.1. Encuesta

Se aplicó la encuesta desarrollada y validada por el grupo de investigación segundas víctimas⁷ “Cuestionario para personal de la salud en atención primaria”.

La encuesta se adaptó en un formulario de Google y se remitió a los correos institucionales durante el mes de noviembre de 2021. Este cuestionario se componía de 37 preguntas, dividido en 6 segmentos así:

1. Cultura de seguridad y reporte

Esta categoría contiene 11 preguntas y el formato de respuesta está diseñado en una escala de Likert que incluye las siguientes opciones: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo, No sabe / No contesta

⁷ Son un grupo de profesionales sanitarios y académicos de universidades de ocho comunidades autónomas diferentes que trabajan con un propósito común: dar una respuesta global a la problemática de las segundas y terceras víctimas para el nivel nacional y el grupo de trabajo LATAM está integrado por profesionales sanitarios y académicos con experiencia en calidad y seguridad del paciente de ocho países diferentes que trabajan de manera conjunta con el propósito de describir el modo en que los hospitales de estos países iberoamericanos afrontan la ocurrencia de los eventos adversos graves. Este grupo realizó y validó la encuesta aplicada en el presente estudio.

2. Experiencia en evento adverso

Esta categoría contiene 5 preguntas y tiene opción de respuesta dicotómica: Sí o no

3. Descripción de síntomas si ha estado involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves

Esta categoría cuenta con 13 preguntas y el formato de respuesta para está diseñado en una escala de Likert que incluye las siguientes opciones: Nunca, Alguna vez, Casi siempre, Siempre

4. Experiencia en evento adverso evitable

Esta categoría cuenta con 3 preguntas y tiene opción de respuesta dicotómica: Sí o no

5. Interés en recibir formación del tema

Esta categoría cuenta con 2 preguntas y tiene opción de respuesta dicotómica: Sí o no

6. Datos personales

Edad. Variable cuantitativa continua que tiene como opción de respuesta: Hasta los 30 años, Entre 31 y 50 años, Entre 51 y 70 años

Sexo. Variable cuantitativa nominal que tiene como opción de respuesta: Hombre, Mujer

Profesión. Variable cuantitativa nominal que tiene como opción de respuesta: Médicos, odontólogos, enfermeras, auxiliar de odontología o de enfermería, otros profesionales de salud

Años de experiencia en la profesión. Variable cuantitativa continua que tiene como opción de respuesta: Menos de 1 año, entre 1 y 3 años, más de 3 años

6.4.2. Entrevistas

Las entrevistas semiestructuradas fueron dirigidas al gerente general de la compañía, líder de calidad y líder de seguridad del paciente. El análisis de las respuestas permitió generar un listado de recomendaciones encaminadas a fortalecer las prácticas seguras en salud y la intervención de las segundas víctimas.

Las preguntas realizadas en las entrevistas fueron las siguientes:

1. ¿La institución cuenta con un plan de formación anual en seguridad del paciente, que actúa a distintos niveles, sensibilización, formación específica (talleres o cursos)?
2. ¿Somos especialmente cuidadosos cuando se incorpora un nuevo colaborador y contamos con un protocolo para asegurar que las nuevas contrataciones no afectan los niveles de seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes?
3. Luego de ocurrir un evento adverso con consecuencias graves, ¿la institución cuenta con una póliza de seguros que ofrezca desde el primer momento, asesoramiento legal al profesional implicado?
4. ¿La institución cuenta con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las segundas víctimas para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto que suponen los eventos adversos en los profesionales?

6.5. Validación del Instrumento

El instrumento utilizado para la recolección de la información fue el “Cuestionario para la atención de personal de la salud en atención primaria”, este fue una adaptación del “Cuestionario para profesionales de primaria”, el cual está validado como instrumento de medición del fenómeno de segundas víctimas.

La adaptación se hizo teniendo en cuenta que este estudio está enfocado a la caracterización de segundas víctimas en el nivel primario de atención, por lo que se depuraron las preguntas que no contribuían con este objetivo. De igual forma se realizó una validación con 3 expertos académicos, consultores, en temas de calidad y seguridad del paciente.

6.6. Matriz de variables y categorías

A continuación, se describe la matriz de las variables de la encuesta que permitirá orientar la ejecución de todo el proceso de investigación, cada categoría representa un concepto que se usa en el proceso investigativo para ir explicando el problema planteado inicialmente.

Tabla 4 Matriz de variables y categorías

Categoría	Variable	Operacionalización
Cultura de seguridad y reporte	1. Se cuenta con un plan de formación	Totalmente en desacuerdo - En desacuerdo - Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo - De acuerdo - Totalmente de acuerdo - No sabe / No contesta
	2. Se cuenta con un sistema anónimo de notificación	
	3. Se analizan causas de un evento adverso	
	4. Los errores clínicos se deben a fallos en la organización y fallos humanos	
	5. Los eventos adversos con consecuencias graves se pueden evitar	
	6. Los profesionales cuentan con apoyo psicológico	
	7. He recibido formación de cómo debo informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso.	
	8. Cuando se produce un error clínico que alcanza al paciente siempre se le informa a él o a su familia.	
	9. Informar a los pacientes de errores o fallos que no tienen repercusión	

	relevante en su tratamiento ocasiona alarmas innecesarias.	
	10. Informar a un paciente de un error clínico puede provocar una reacción muy negativa que afecte a su relación posterior con los profesionales que le atienden.	
	11. Cuando se produce un evento adverso grave, el profesional involucrado recibe apoyo del propio equipo	
Categoría	Variable	Operacionalización
Experiencia en evento adverso	1. He conocido casos en mi institución de situaciones que cabe considerarlas como incidentes	Sí - No
	2. He conocido casos de eventos adversos con consecuencias graves para uno o varios pacientes	
	3. He conocido casos de profesionales que lo han pasado muy mal emocionalmente a raíz del evento adverso de un paciente	
	4. He conocido casos de profesionales que han sufrido problemas laborales a causa de un evento adverso	
	5. He tenido la experiencia de tener que informar a un paciente (o sus familiares) que ha sufrido un evento adverso.	
Categoría	Variable	Operacionalización
Descripción de síntomas si ha estado involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves	1. Obnubilación, confusión, dificultades para concentrarse en la tarea en los días siguientes al evento adverso	Nunca Alguna vez Casi siempre Siempre
	2. Sentimientos de culpa	
	3. Pesimismo ante la vida, tristeza	
	4. Cansancio	
	5. Ansiedad	
	6. Insomnio, dificultades para disfrutar sueño reparador	
	7. Revivir el suceso una y otra vez	
	8. Ira y cambios de humor en el trabajo	
	9. Ira y cambios de humor en casa	
	10. Dudas constantes sobre lo que se tiene que hacer en cada caso y si las decisiones clínicas son las correctas	
	11. Pérdida de la reputación profesional entre los compañeros	
	12. Pérdida de la reputación profesional entre los pacientes	
	13. Cuestionarse si continuar en la profesión o abandonarla	
Categoría	Variable	Operacionalización
Experiencia en evento adverso evitable	1. Ha necesitado una incapacidad médica cuando he estado implicado en un evento	Sí – No

	adverso	
	2. Ha solicitado traslado de servicio o sede de trabajo	
	3. Ha abandonado la profesión	
Categoría	Variable	Operacionalización
Interés en recibir formación del tema	1. Afrontar mejor las consecuencias de los eventos adversos en los profesionales	Sí – No
	2. Saber cómo informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso	
Categoría	Variable	Operacionalización
Datos personales	1. Edad	Hasta los 30 años Entre 31 y 50 años Entre 51 y 70 años
	2. Sexo	Hombre Mujer
	3. Rol	Médico Profesional de enfermería Auxiliar de enfermería Otros profesionales de salud
	4. Años de experiencia en la profesión	Menos de 1 año Entre 1 y 3 años Más de 3 años

Fuente: Elaboración propia

6.7. Sesgos y limitaciones de la investigación

Al ser el presente estudio una investigación en el cual se midió la percepción de los entrevistados frente a un fenómeno y de acuerdo con el instrumento utilizado, era probable presentar los siguientes sesgos:

1. De memoria o recordación del fenómeno: Este sesgo puede alterar el contenido de lo que se recuerda y hacer que se notifiquen hechos que son erróneos.
2. No respuesta a las preguntas planteadas en la encuesta: Los resultados pudieron verse afectados o ser interferidos por la falta de respuesta a las preguntas de la encuesta, sin embargo, al utilizar un formulario en Google, se dispuso que las respuestas fueran obligatorias además de animar la participación del personal de salud en el consentimiento informado se habló sobre la anonimización de la

encuesta, los alcances de la investigación y las ventajas que tenía el hecho de desarrollar estrategias para el abordaje de las segundas víctimas en el personal asistencial.

7. Plan de campo

Tabla 5: Plan de campo

SEMANA 1	Socializar con los profesionales el estudio y la solicitud de participación en la encuesta, esta actividad se realizará a través del correo electrónico institucional
	Envío de la encuesta para su diligenciamiento vía correo electrónico institucional
SEMANA 2	Seguimiento a respuestas para validar qué profesionales no han respondido e indagar si se ha presentado alguna dificultad técnica o de claridad frente al tema para dar continuidad a su diligenciamiento
	Dar soporte a las personas que por dificultades técnicas o de claridad en el tema no han diligenciado la encuesta
SEMANA 3	Nuevo barrido de información para validar qué profesionales están pendientes para contestar la encuesta y brindar soporte ante las dificultades presentadas, descartando aquellas personas que no desean participar
	Entrevistas a directivos de la institución
SEMANA 4	Consolidar y analizar información para realizar informe del avance

Fuente: Elaboración propia

8. Plan de análisis

El análisis de la información obtenida se hizo por cada una de las categorías:

1. Cultura de seguridad y reporte
2. Experiencia en evento adverso
3. Descripción de síntomas si ha estado involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves
4. Experiencia en evento adverso evitable
5. Interés en recibir formación del tema
6. Datos personales

Para las preguntas con opción de respuesta diseñada en escala de Likert; se asignó un valor numérico a cada opción tal como lo define Sampieri en su texto metodología de la investigación (Hernández Sampieri, 2014), para esto se tuvo en cuenta si la pregunta estaba formulada en sentido positivo o en sentido negativo ⁸ y se ponderaron las respuestas siendo el número de mayor cuantía el que permitiera destacar las características positivas y el número de menor cuantía destacaría las características negativas. Posterior a esto se obtuvo una puntuación respecto a cada pregunta y al final un promedio aritmético.

De las 11 preguntas contenidas en la categoría 1: Cultura de seguridad y reporte, las número 4 y 10 estaban formuladas en sentido negativo, quiere decir que entre mayor fuera el puntaje que se obtenía era más desfavorable para la cultura de seguridad la información allí analizada, por lo tanto, la escala de Likert se describió de la siguiente manera:

Tabla 6: Puntuación Escala de Likert (Negativo)

Ítem	Valor
Totalmente en desacuerdo	5
En desacuerdo	4
Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo	3
De acuerdo	2
Totalmente de acuerdo	1
No sabe / No contesta	0

Fuente: Elaboración propia

El resto de las preguntas que contenía esta categoría: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 11; estaban formuladas en sentido positivo, quiere decir que entre mayor fuera el puntaje obtenido, más

⁸ Para el presente estudio, sentido positivo hace referencia a los aspectos que favorecen la seguridad del paciente y previenen la ocurrencia de un evento adverso; por su lado, sentido negativo hace referencia a los aspectos que no favorecen la seguridad del paciente, contribuyendo a la ocurrencia de eventos adversos y a la aparición de segundas víctimas

favorable era para la cultura de seguridad la información allí analizada, por lo tanto, la escala de Likert se describió de la siguiente manera:

Tabla 7: Puntuación Escala de Likert (Positivo)

Ítem	Valor
Totalmente en desacuerdo	1
En desacuerdo	2
Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo	3
De acuerdo	4
Totalmente de acuerdo	5
No sabe / No contesta	0

Fuente: Elaboración propia

El análisis de las respuestas se hizo agrupando las categorías, entendiendo que Totalmente de acuerdo y De acuerdo se consideran respuestas positivas; Totalmente en desacuerdo y En desacuerdo se consideran respuestas negativas; la respuesta del punto medio Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo, es considerada como una respuesta neutral; mientras que la respuesta No sabe / No contesta tiene un valor de 0 y no se tiene en cuenta para realizar el promedio de los valores.

Para las preguntas que tenían opción de respuesta: Sí o no; se dio un valor numérico a cada opción, 1 para sí, 0 para no. Posterior a esto se obtuvo una puntuación respecto a cada pregunta y al final una puntuación total de la categoría.

Para las preguntas de caracterización de la muestra, se realizó una distribución de frecuencias por cada una de las opciones, lo cual tenía como objeto describir la población participante en el estudio.

8.1. Procesamiento de datos

Las respuestas obtenidas con la aplicación de la encuesta en el formulario de Google se descargaron en un libro de Excel, lo que permitió dentro de cada categoría hacer un análisis de las frecuencias de las variables, luego una distribución porcentual y una descripción del análisis realizado.

Para el análisis de datos se utilizó el software STATA (ver.16, Chicago, IL, EE.UU.). Se buscó la significancia estadística de las variables cualitativas a través de la prueba chi cuadrado de Pearson⁹. Esta prueba permite comparar si dos variables cualitativas son independientes, por ejemplo, si había relación entre la profesión y el hecho de considerarse segunda víctima. La hipótesis nula (H0) que se quería contrastar es que las variables son independientes. Mientras que la hipótesis alternativa (H1) es que las variables tenían alguna clase de relación. Si el valor de la prueba chi cuadrado es grande, se debe rechazar la hipótesis nula. Siempre se debe fijar un umbral para la significancia de las variables que está entre el 1% y el 10%.

De esta forma se obtuvo un criterio objetivo, que permitió no sólo contar las personas que dieron alguna respuesta en la encuesta, sino saber si esas relaciones tenían una relación estadística fuerte.

Una vez procesados los datos se podía dar respuesta a preguntas como si la probabilidad de enfrentar un evento adverso estaba relacionada o con la edad o con el rol o con el sexo del trabajador.

⁹ El estadístico de chi-cuadrada de Pearson (X^2) se basa en la diferencia al cuadrado entre las frecuencias observadas y las esperadas.

8.2.Procedimiento

Se solicitó autorización al comité de ética para la aplicación de la encuesta. Se declaró que la intención de realizar este estudio era de tipo académico y que las respuestas serían anónimas para garantizar la confidencialidad. También se explicaron los alcances de la investigación y la forma de aplicación de la encuesta. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la institución, por lo que se realizó la aplicación de la encuesta entre el 4 de noviembre y el 15 de noviembre de 2021.

La población objeto estaba compuesta por médicos, profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería, profesionales en fisioterapia, nutrición y psicología, que trabajan en una IPS de atención domiciliaria prestando servicios en Bogotá y Tunja. Los integrantes del equipo de salud recibieron información sobre los objetivos de la investigación, así como las instrucciones para responder la encuesta. Se destacó que la participación era voluntaria y se solicitó su consentimiento informado, además, podían hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento, así como retirarse del mismo cuando así lo decidieran sin que esto les causara ningún perjuicio.

Se realizó la encuesta online, invitando a participar a una muestra seleccionada por muestreo aleatorio simple. Para lograr un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%, era necesario contar con una muestra de 132 participantes. La encuesta fue contestada por 95 personas de las cuales se descartaron 4 respuestas de colaboradores que no deseaban participar en el estudio de forma voluntaria. Se alcanzó así un porcentaje de respuesta del 69% del tamaño muestral.

El cuestionario utilizado fue desarrollado y validado por el grupo de investigación “segundas víctimas” y posteriormente se adaptó en un formulario de Google con un total de 37 preguntas divididas en 6 segmentos así:

Cultura de seguridad y reporte, experiencia en evento adverso, descripción de síntomas si ha estado involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves, experiencia en evento adverso evitable, interés en recibir información del tema, descripción de la muestra.

9. Aspectos éticos

De acuerdo con la resolución 08430 de 1993 artículo 11 del Ministerio de Salud y Protección Social, en este estudio no se expone a la población a cambios de conducta y/o intervenciones por lo cual se considera un estudio sin riesgo. Se aplicaron encuestas que contaron con un consentimiento informado, donde se garantizó la total confidencialidad y no era posible identificar a los encuestados. Por otro esta labor fue netamente académica y por lo tanto los fines fueron el aporte al conocimiento.

Para la realización de este trabajo de investigación, como punto de partida, se hizo la presentación de una carta ante el Comité de Ética de la Empresa expedida por la Maestría en Administración de Salud de la Pontificia Universidad Javeriana, a fin de presentar el Protocolo de Investigación para tener acceso a las fuentes.

Una vez avalado el Protocolo de Investigación por el Comité de Ética de la IPS Sistemas de Terapia Respiratoria SAS se procedió a recabar información de:

1. De las **encuestas aplicadas a colaboradores** de la IPS Sistemas de Terapia Respiratoria SAS. Para tal efecto, a cada colaborador: i) se dio lectura del aval del Comité de Ética Institucional de la Empresa para la ejecución de la Investigación; ii) se informó sobre el objetivo de la encuesta, contenidos y destino de la información iii) se leyó el **consentimiento informado** para su aceptación y iv) por último, se explicó que el análisis de la información recolectada a través de la encuesta buscaba mejorar el abordaje a las segundas víctimas por parte de la Institución.

El riesgo: ninguno

Compensación: Formato de información sobre ruta de acceso a los servicios de salud ofrecidos por la Institución para atención a las segundas víctimas.

2. Las **entrevistas dirigidas** al gerente general de la compañía o a quien él delegara, director médico, líder de calidad y líder de seguridad del paciente. Para tal efecto, se informaron clara y completamente las características del estudio, los objetivos, y el motivo por el cual se estableció su participación en la investigación, adicionalmente, se presentó un formato de **consentimiento informado**, en el cual se estableció que los datos obtenidos de las entrevistas se tendrían en cuenta solo con fines del estudio, que los datos personales como nombre y número de documento de identificación se mantendrían en reserva y no serían mencionados en la investigación y en el caso de hacer algún tipo de referencia se emplearían letras o números.

El riesgo: ninguno

Compensación: Presentación y entrega de resultados de investigación a la IPS Sistemas de Terapia Respiratoria SAS.

10. Resultados

Un total de 95 integrantes del equipo de salud respondieron la encuesta de las cuales 4,2% (4), no aceptaron participar de forma voluntaria en la investigación, razón por la cual las respuestas se descartaron y no se tuvieron en cuenta en el consolidado de la información.

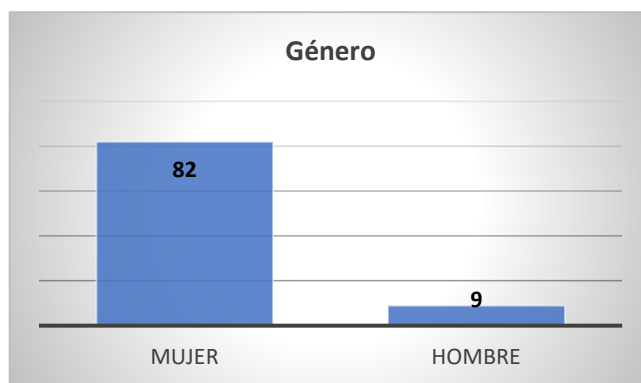
El 95,8% restante (91), aceptaron participar voluntariamente en la investigación, lo que resulta en un nivel de respuesta del 69%.

De acuerdo con lo anterior, al no lograr las 132 respuestas que se definieron en el tamaño de la muestra, se mantiene el 95% para el intervalo de confianza y se aumenta el margen de error a 8% lo cual sugiere que los resultados son menos exactos sin que esto afecte en mayor medida la validez de la investigación.

10.1. Descripción de la muestra

De las 91 personas encuestadas, 90,1% (82) fueron mujeres; el 9,9% restante, 9 personas fueron hombres.

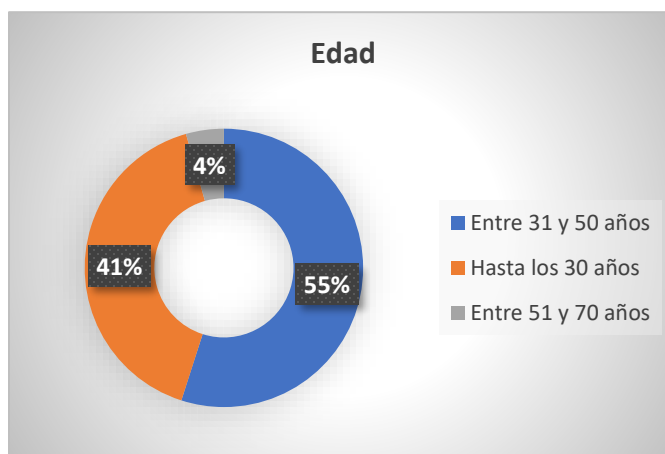
Ilustración 2: Descripción de la muestra - Género



Fuente: Elaboración propia

Sobre la edad, el 54,9% (50) estaban entre 31 y 50 años; el 40,7% (37 personas) tenían menos de 30 años y el 4,4% restante (4 personas) estaban entre 51 y 70 años.

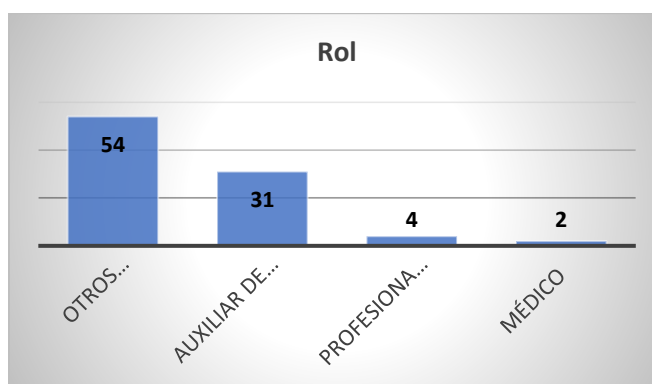
Ilustración 3: Descripción de la muestra – Edad



Fuente: Elaboración propia

Con respecto al rol, 54 personas (59,3%) correspondían al grupo otros profesionales de la salud, 31 personas (34,4%) eran auxiliares de enfermería, 4 (4,4%) eran profesionales de enfermería y los 2 restantes (2,2%) eran médicos.

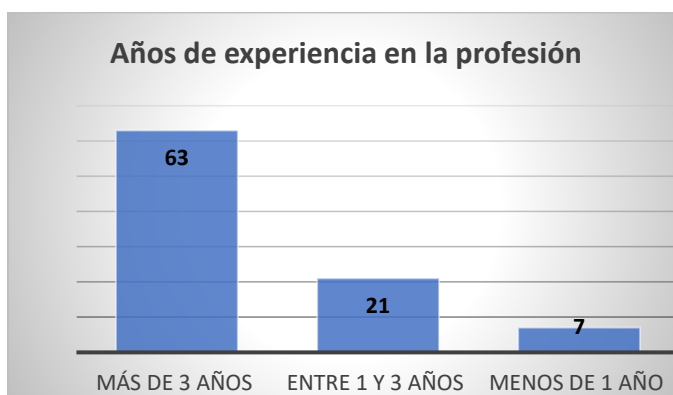
Ilustración 4: Descripción de la muestra - Rol



Fuente: Elaboración propia

Frente a los años de experiencia el 69% (63) contaban con más de 3 años de experiencia en el cargo, 21 personas (23,1%) tenían entre 1 y 3 años de experiencia y los 7 restantes (7,7%), tenían menos de 1 año de experiencia.

Ilustración 5: Descripción de la muestra - Años de experiencia en la profesión



Fuente: Elaboración propia

Tabla 8: Descripción de la muestra

Edad	N	%
Hasta los 30 años	37	40.7
Entre 31 y 50 años	50	54.9
Entre 51 y 70 años	4	4.4
Sexo (Género)	N	%
Mujer	82	90.1
Hombre	9	9.9
Rol	N	%
Médico	2	2.2
Profesional de enfermería	4	4.4
Auxiliar de enfermería	31	34.4
Otros profesionales de salud	54	59.3
Años de experiencia en la profesión	N	%
Menos de 1 año	7	7.7
Entre 1 y 3 años	21	23.1
Más de 3 años	63	69.2

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se describen el total de las variables medidas en la muestra:

10.2. Categoría 1: Cultura de seguridad y reporte

Sobre el plan de formación de las 91 personas que respondieron la encuesta, 84,62% (77), consideraban que la institución cuenta con un plan de formación anual de seguridad del paciente.

Frente al sistema anónimo de notificación de incidentes, 80,22% (73) aseguraron que la institución cuenta con un sistema anónimo de notificación de incidentes y eventos adversos que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes.

Sobre la detección de un evento adverso con consecuencias graves para un paciente, 86,81% (79) indicaron que cuando se detecta, se analizan siempre sus causas y cómo evitarlo en el futuro.

Sobre, sí los errores clínicos se debían a fallos en la organización y fallos humanos, el 25,27% (23) refirieron que la mayoría de los errores clínicos que conocían se debían a fallos de la organización y no a errores humanos.

Frente a la percepción si los eventos adversos con consecuencias graves se podían evitar, el 82,42% (75) afirmaron que la mayoría de los eventos adversos con consecuencias graves se podían evitar.

57,14% (52) dijo estar de acuerdo respecto a que, si los profesionales que se ven involucrados en un evento adverso cuentan, si lo desean, con apoyo psicológico ofrecido por la institución para reducir el impacto que sufren como segunda víctima.

69,23% (63) aseguraron haber recibido formación de cómo deben informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso.

Cuando se produce un error clínico que alcanza al paciente, el 79,92% (70) afirmó que siempre le informan al paciente o a su familia.

64,84% (59) consideraron que informar a los pacientes de errores o fallos que no tienen repercusión relevante en su tratamiento ocasiona alarmas innecesarias.

El 59,34% (54) consideraron que informar a un paciente de un error clínico puede provocar una reacción muy negativa que afecte la relación posterior con los profesionales que le atiendan.

Y el 57,14% (52) creyeron que cuando se produce un evento adverso grave, el profesional (o profesionales) involucrado recibe apoyo del propio equipo.

Tabla 9: Cultura de seguridad y reporte

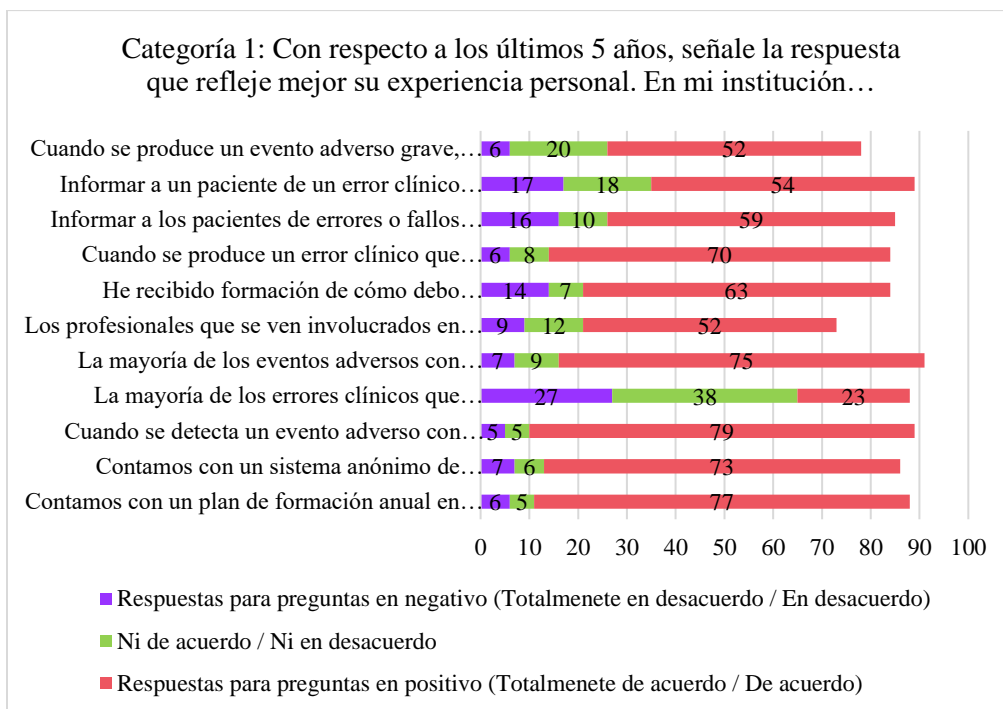
Con respecto a los últimos 5 años, señale la respuesta que refleje mejor su experiencia personal. En mi institución...	Respuestas para preguntas en negativo (Totalmente en desacuerdo / En desacuerdo)	Respuestas para preguntas en positivo (Totalmente de acuerdo / De acuerdo)	Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje por ítem	Total, de respuestas del ítem
Contamos con un plan de formación anual en seguridad del paciente que actúa a distintos niveles: sensibilización y formación específica (talleres o cursos)	6	77	84,62	91
Contamos con un sistema anónimo de notificación de incidentes y eventos adversos que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes	7	73	80,22	91
Cuando se detecta un evento adverso con consecuencias graves para un paciente se analizan siempre sus causas y cómo evitarlo en el futuro	5	79	86,81	91
La mayoría de los errores clínicos que conozco se deben a fallos de la organización y no a errores humanos	27	23	25,27	91
La mayoría de los eventos adversos con consecuencias graves se pueden evitar	7	75	82,42	91
Los profesionales que se ven involucrados en un evento adverso cuentan, si lo desean, con apoyo psicológico ofrecido por la institución para reducir el impacto que sufren como segunda víctima	9	52	57,14	91
He recibido formación de cómo debo informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso	14	63	69,23	91

Cuando se produce un error clínico que alcanza al paciente siempre se le informa a él o a su familia	6	70	76,92	91
Informar a los pacientes de errores o fallos que no tienen repercusión relevante en su tratamiento ocasiona alarmas innecesarias	16	59	64,84	91
Informar a un paciente de un error clínico puede provocar una reacción muy negativa que afecte a su relación posterior con los profesionales que le atienden	17	54	59,34	91
Cuando se produce un evento adverso grave, el profesional (o profesionales) involucrado recibe apoyo del propio equipo	6	52	57,14	91
TOTAL	120	677	67,63%	
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje total	67,60%			

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia una percepción favorable sobre la cultura de seguridad, ya que un 67,60% de las respuestas fueron positivas en dicha categoría.

Ilustración 6: Categoría 1 - Distribución de respuestas positivas y negativas



Fuente: Elaboración propia

10.3. Categoría 2: Experiencia en evento adverso

Sobre la pregunta, si han conocido casos la institución de situaciones que cabe considerarlas como casi errores, de las 91 personas encuestadas, el 30,8% (28) manifestaron haber conocido estos casos, 69,2% (63) no los habían conocido.

A la pregunta si habían conocido casos de eventos adversos con consecuencias graves para uno o varios pacientes, 65,9% (60) aseguraron que sí habían conocido estos casos, 34,1% (31) negaron conocer casos de esta índole.

Frente al conocimiento de casos de profesionales que lo hayan pasado muy mal emocionalmente a raíz del evento adverso de un paciente, 34,1% (31) dijeron conocer estos casos, 65,9% (60) negaron conocerlos.

En relación con la pregunta si han conocido casos de profesionales que hayan sufrido problemas laborales a causa de un evento adverso, 38,5% (35) manifestaron conocer estos casos, por su parte 61,5% (56) no conocían casos con estas características.

Acerca de la haber tenido personalmente la experiencia de tener que informar a un paciente (o sus familiares) que ha sufrido un evento adverso, 18,7% (17) habían tenido esta experiencia y 81,3% (74) no la tuvieron.

Tabla 10: Experiencia en evento adverso

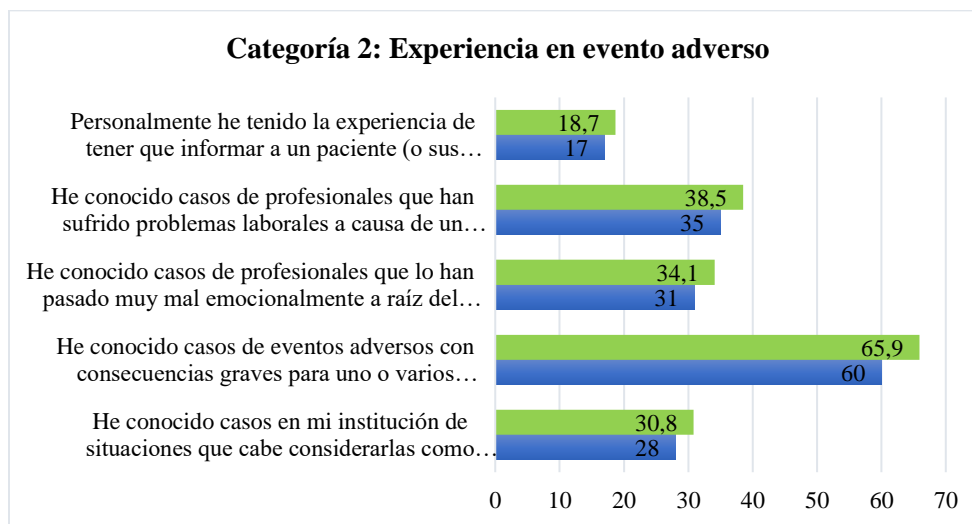
En los últimos 5 años...	N	%
He conocido casos en mi institución de situaciones que cabe considerarlas como casi errores (incidente que podría haber causado daño a un paciente pero que finalmente se corrigió a tiempo)	28	30,8
He conocido casos de eventos adversos con consecuencias graves para uno o varios pacientes	60	65,9
He conocido casos de profesionales que lo han pasado muy mal emocionalmente a raíz del evento adverso de un paciente	31	34,1

He conocido casos de profesionales que han sufrido problemas laborales a causa de un evento adverso	35	38,5
Personalmente he tenido la experiencia de tener que informar a un paciente (o sus familiares) que ha sufrido un evento adverso	17	18,7
TOTAL	171	37,6
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje total	37,60%	

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se ilustran los porcentajes de respuesta positivas, donde el 65% de los encuestados manifestó haber conocido casos de eventos adversos con consecuencias graves para los pacientes.

Ilustración 7: Categoría 2 - Porcentaje de respuestas positivas



Fuente: Elaboración propia

10.4. Categoría 3: Descripción de síntomas si ha estado involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves

Frente a la pregunta sobre si la persona o algún profesional que conozca se había visto involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves, se solicitó indicar si había experimentado u observado los síntomas descritos en la Tabla 9.

De los 13 ítem descritos para esta categoría, a continuación se describen los síntomas que se presentaron en orden de mayor a menor frecuencia: Cansancio 63,74% (58); ansiedad 51,65% (47); insomnio, dificultades para disfrutar sueño reparador 51,65% (47); dudas constantes sobre lo que se tiene que hacer en cada caso y si las decisiones clínicas son las correctas 49,45% (45); sentimientos de culpa 45,05% (41); ira y cambios de humor en casa 43,6% (40); ira y cambios de humor en el trabajo 40,66% (37).

Con porcentajes inferiores al 40% encontramos: revivir el suceso una y otra vez 39,56% (36); personas; pesimismo ante la vida, tristeza 37,36% (34); obnubilación, confusión, dificultades para concentrarse en la tarea en los días siguientes al evento adverso 35,6% (32); cuestionarse si continuar en la profesión o abandonarla 32,97% (30); pérdida de la reputación profesional entre los pacientes 27,45% (25), pérdida de la reputación profesional entre los compañeros 23,08% (21).

Para esta categoría se presentó un 41,67% de frecuencia de respuesta positiva.

Tabla 11: Descripción de síntomas si ha estado involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves

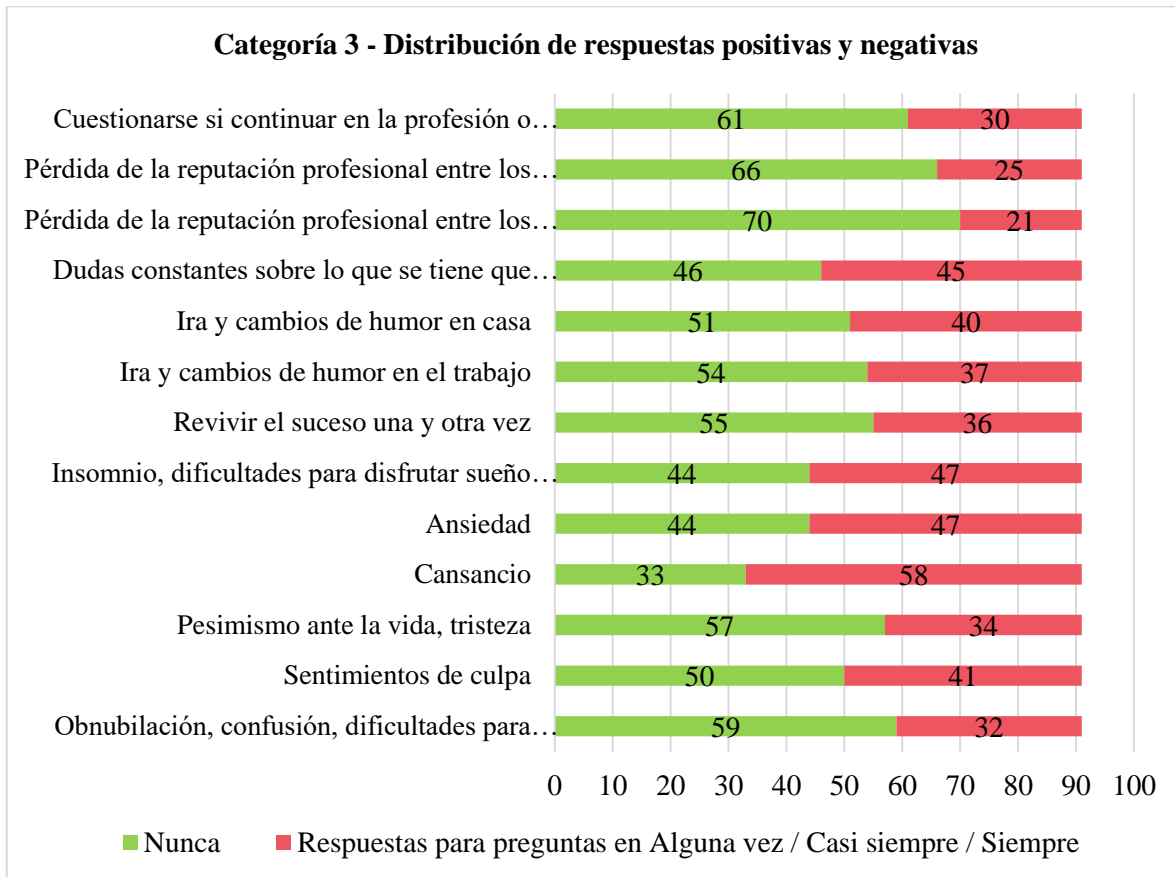
En el caso de que usted o algún profesional que conozca se haya visto involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves, indique si ha observado los siguientes síntomas:			
	Respuestas para preguntas en Alguna vez / Casi siempre / Siempre	Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje por ítem	Total, de respuestas del ítem
Obnubilación, confusión, dificultades para concentrarse en la tarea en los días siguientes al evento adverso	32	35,16	91
Sentimientos de culpa	41	45,05	91
Pesimismo ante la vida, tristeza	34	37,36	91
Cansancio	58	63,74	91
Ansiedad	47	51,65	91
Insomnio, dificultades para disfrutar sueño reparador	47	51,65	91

Revivir el suceso una y otra vez	36	39,56	91
Ira y cambios de humor en el trabajo	37	40,66	91
Ira y cambios de humor en casa	40	43,96	91
Dudas constantes sobre lo que se tiene que hacer en cada caso y si las decisiones clínicas son las correctas	45	49,45	91
Pérdida de la reputación profesional entre los compañeros	21	23,08	91
Pérdida de la reputación profesional entre los pacientes	25	27,47	91
Cuestionarse si continuar en la profesión o abandonarla	30	32,97	91
TOTAL	493	41,67	1183
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje total	41,67		

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la ilustración el Cansancio 63,74% (58); ansiedad 51,65% (47); insomnio, dificultades para disfrutar sueño reparador 51,65% (47), fueron los síntomas que se presentaron con mayor frecuencia en la población entrevistada.

Ilustración 8: Categoría 3 - Distribución de respuestas positivas y negativas y neutras



Fuente: Elaboración propia

Estos síntomas coinciden con los descritos por José Joaquín Mira en su estudio *“La secuela de los eventos adversos en los profesionales sanitarios españoles de atención y primaria y hospitalaria”* donde describe que las respuestas emocionales más comunes fueron: sentimientos de culpa 58,8%, ansiedad 49,6%, revivir el evento una y otra vez 42,2%, cansancio 39,4%, insomnio 38% (J. Mira et al., 2015).

También son similares a los descritos por Susanne Ullström en su estudio *“Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events”* donde describe que dentro de las reacciones iniciales algunos informantes describieron: no podían creer lo que había

sucedido y que habían participado en ello, la mayoría informaron de reacciones emocionales como tristeza, ansiedad y revivir el suceso una y otra vez. Otras reacciones frecuentes son la culpa, la vergüenza y la sensación de que la reputación profesional ha sido dañada. Los sentimientos de frustración y los trastornos del sueño fueron otras reacciones (Ullström et al., 2014).

10.5. Categoría 4: Experiencia en evento adverso evitable

De las 91 personas que respondieron la encuesta, 5,5% (5) de ellas aseguró haber necesitado una incapacidad médica cuando había estado implicado en un evento adverso, el 94,5% (86) negaron haber necesitado incapacidad médica; 11% (10) solicitaron traslado de servicio o sede de trabajo cuando estuvieron implicadas en un evento adverso, mientras que 89% (81) no lo solicitaron; 2,2% (2) manifestaron haber abandonado la profesión luego de estar implicadas en un evento adverso, 97,8% (89) de ellas no la abandonaron.

Tabla 12: Experiencia en evento adverso evitable

En el caso en que usted, o algún profesional que conozca, se haya visto involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves		
	N	%
Ha necesitado una incapacidad médica cuando he estado implicado en un evento adverso	5	5.5
Ha solicitado traslado de servicio o sede de trabajo	10	11
Ha abandonado la profesión	2	2.2
TOTAL	17	11
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje total	11%	

Fuente: Elaboración propia

De la población encuestada, el 11% manifestó haber tenido de forma personal o a través de un tercero, experiencia en evento adverso evitable.

10.6. Categoría 5: Interés en recibir formación específica en evento adverso

De las 91 personas que participaron en el estudio, 89% (81), manifestaron estar interesadas en recibir formación específica sobre cómo afrontar mejor las consecuencias de los eventos adversos en los profesionales; 90,1% (82) desearían saber cómo informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso.

Tabla 13: Interés en recibir formación específica

Interés en recibir información específica para:		
	N	%
Afrontar mejor las consecuencias de los eventos adversos en los profesionales	81	89
Saber cómo informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso	82	90.1
TOTAL	163	89
Frecuencia de respuesta positiva en porcentaje total	89%	

Fuente: Elaboración propia

10.7. Correlación de variables

En esta sección se analizó la relación de las variables acerca de los síntomas de haber estado expuestos a un evento adverso al igual que las acciones tomadas por haber estado en dichos eventos. La respuesta positiva a estas variables quiere decir que las personas han estado relacionadas con un evento adverso directamente. La *Tabla 14* muestra si los síntomas relacionados con la exposición a un evento adverso están relacionados con una significancia estadística con el sexo, con los años de experiencia, con el rol o con la edad del entrevistado. Se presentaron tanto el coeficiente como los *P value* que mostraron la significancia de la relación estadística. Cada par de χ^2 y *Pr* obedece a una prueba χ^2 de Pearson que se hacía utilizando la totalidad de los datos suministrados para las variables relevantes.

Tabla14: Resultados de pruebas c2 sobre variables de síntomas por haber estado expuesto a un evento adverso y las características del personal en salud

	Edad		Sexo		Rol		Experiencia	
	c2	Pr	c2	Pr	c2	Pr	c2	Pr
1. Obnubilación, confusión, dificultades para concentrarse en la tarea en los días siguientes al evento adverso	6,8069	0,1460	2,7283	0,2560	6,4828	0,3710	1,9681	0,7420
2. Sentimientos de culpa	10,6344	0,1000	1,2123	0,7500	9,6621	0,3790	1,9473	0,9240
3. Pesimismo ante la vida, tristeza	3,1962	0,7840	4,9632	0,1750	12,8447	0,1700	3,5949	0,7310
4. Cansancio	5,6084	0,4680	4,0305	0,2580	35,3897	0,0000	4,6833	0,5850
5. Ansiedad	2,8639	0,8260	9,1387	0,0280	18,1655	0,0330	2,3636	0,8830
6. Insomnio, dificultades para disfrutar sueño reparador	4,8445	0,5640	11,2447	0,0100	27,0966	0,0010	2,3636	0,8830
7. Revivir el suceso una y otra vez	2,5013	0,8680	10,1077	0,0180	35,1110	0,0000	5,6990	0,4580
8. Ira y cambios de humor en el trabajo	3,0081	0,8080	9,9982	0,0190	25,9083	0,0020	12,3483	0,0550
9. Ira y cambios de humor en casa	2,9454	0,8160	9,7404	0,0210	25,4223	0,0030	13,2313	0,0400
10. Dudas constantes sobre lo que se tiene que hacer en cada caso y si las decisiones clínicas son las correctas	3,9748	0,6800	4,1840	0,2420	14,2271	0,1140	14,0064	0,0300
11. Pérdida de la reputación profesional entre los compañeros	2,8146	0,8320	3,8869	0,2740	20,9899	0,0130	4,5168	0,6070
12. Pérdida de la reputación profesional entre los pacientes	6,3869	0,3810	10,1543	0,0170	31,5358	0,0000	8,0548	0,2340
13. Cuestionarse si continuar en la profesión o abandonarla	5,4707	0,4850	10,6621	0,0140	24,8231	0,0030	4,9972	0,5440

Fuente: Elaboración propia

Nota: En esta tabla se observa el coeficiente de Pearson para la distribución c^2 al igual que el P-value que mide el grado de significancia, la hipótesis nula para este test es que las variables son independientes, los valores en rojo muestran las variables en donde se rechaza la hipótesis nula.

Siempre existe un grado de discrecionalidad para el umbral en el cual se considera una variable como significativa y dado lo reducido de la muestra el nivel del P que se considera como significativo para la anterior tabla es si $P < 0.1$. Esto es que sea significativo al 10%, aunque casi todas las relaciones que se consideran significativas lo son al 5% (salvo cambios de humor en el trabajo).

Se pudo observar que el rol de profesional de la salud, es decir si es una auxiliar de enfermería, una enfermera jefe, un médico u otro profesional de la salud, está relacionado estadísticamente de manera significativa con varios de los síntomas que se presentan cuando se está expuesto a un evento adverso. En particular el rol está relacionado con el cansancio, la ansiedad, insomnio, revivir el suceso una y otra vez, cambios de humor tanto en la casa como con el trabajo, con la pérdida de la reputación profesional tanto entre los compañeros como con los pacientes y cuestionarse su continuidad en la profesión.

El sexo también está significativamente relacionado con la ansiedad, con el insomnio, con el revivir los sucesos y con los cambios de humor, este factor es importante porque la mayoría de las encuestadas son mujeres.

La experiencia solamente es relevante con los cambios de humor en la casa y en el trabajo y con las dudas sobre lo que se tiene que hacer en cada caso.

La edad de los profesionales de la salud es estadísticamente independiente de las variables analizadas, es decir que en este caso no hay evidencia para rechazar la hipótesis nula en ninguna de las variables.

La siguiente tabla mostró las relaciones entre las acciones tomadas una vez se ha enfrentado a un evento adverso y las características del personal de salud.

Tabla 15: Resultados de pruebas c2 sobre variables de acciones por haber estado expuesto a un evento adverso y las características del personal en salud

	Edad		Sexo		Rol		Experiencia	
	c2	Pr	c2	Pr	c2	Pr	c2	Pr
1. Ha necesitado una incapacidad médica cuando he estado implicado en un evento adverso	1,3924	0,498	0,5807	0,446	1,0366	0,792	23.514	0,309
2. Ha solicitado traslado de servicio o sede de trabajo	3,1087	0,211	0,0002	0,99	2,5952	0,458	4,9931	0,082
3. Ha abandonado la profesión	2,9845	0,225	3,6916	0,055	11,0864	0,011	0,9089	0,635

Se pudo observar que el sexo y el rol están estadísticamente relacionados con el haber abandonado la profesión y también se observa que la experiencia se relaciona con las solicitudes de traslado de servicio o de sede.

El haber solicitado una incapacidad médica cuando ha estado involucrado en un evento adverso no estuvo estadísticamente relacionada con ninguna de las características del personal de salud.

11. Estrategias de abordaje a las segundas víctimas

Las entrevistas fueron una metodología utilizada con el objetivo de indagar sobre aspectos específicos que permitieran evidenciar con qué mecanismos contaba la institución para fortalecer a cultura de seguridad en el recurso humano y de esta manera tener un punto de partida hacia las acciones de mejora que se debían implementar.

Cuando se preguntó al personal directivo de la institución sobre la intervención que se realiza a un colaborador implicado en un evento adverso, se generó una autorreflexión con

reacción de sorpresa, tal vez al reconocer que las medidas adoptadas resultan insuficientes como soporte a las segundas víctimas.

A partir de los resultados obtenidos una vez aplicadas las entrevistas y las encuestas, se plantearon unas estrategias para abordar el fenómeno de las segundas víctimas en la institución de salud participante en este estudio.

En cuanto a la información recolectada en las entrevistas, a continuación, se realiza una descripción de la relación entre las preguntas realizadas y respuesta obtenidas:

Se encontró coherencia entre las respuestas de directivos y personal de salud frente al plan de formación anual en seguridad del paciente: “para nosotros eso es muy importante y educamos desde la auxiliar hasta al médico en todas las ramas inclusive a los especialistas”, “contamos con una plataforma digital dónde se dejan los cursos montados, si un colaborador entra a mitad de año, pueda realizar esos cursos como parte de su proceso de aprendizaje”.

En cuanto al cuidado que tiene la institución cuando se incorpora un nuevo colaborador, las respuestas de los directivos estuvieron enfocadas al conocimiento técnico y se realiza un proceso de inducción que permite corroborar la destreza del colaborador: “Se tienen protocolos e instructivos de seguridad que están en un programa y cualquier trabajador tiene acceso a esos documentos para que sean revisados previamente, pero también en la inducción se les indica que es un evento adverso y la importancia del uso de los elementos de bioseguridad”, “Para todo el que ingrese tanto en el área asistencial como en el área administrativa, se busca que tenga una muy buena inducción, las inducciones nuestras varían desde 3 días hasta 8 días dependiendo de la especialidad de cada uno y unas incluyen

acompañamiento presencial, por ejemplo el médico cuando es nuevo es acompañado las primeras visitas por otro médico lo mismo pasa con un terapeuta respiratorio y los auxiliares son entrenados una semana y van dos días donde son acompañados por un auxiliar que está ya antiguo y que conoce los procesos para que repase nuevamente de cara al paciente las situaciones y hay un formato para dejar constancia”.

Los entrevistados estuvieron de acuerdo en referencia a que la institución cuenta con una póliza de seguros que ofrece asesoramiento legal: “tenemos la póliza que mes a mes talento se encarga de que la renovemos”, “es obligatorio tener la póliza para cualquier situación médico legal pero no solamente eso, tenemos el acompañamiento jurídico nuestro propio de la institución”

No coinciden frente a la idea de contar con un programa de apoyo integral a la segunda víctima de un evento adverso, sin embargo, aportan qué manejo dan al profesional cuando se presenta el evento adverso: “la persona puede continuar con sus actividades laborales desde que la persona no indique “no quiero seguir, no me parece” pues obviamente se continúa con el proceso”, “hay que hacer una reunión con esa persona y escucharla, que nos cuente que ha pasado”, “hacer la reunión lo más pronto posible con esa persona para que nos dé pues la información y sentir cómo se siente”, “Existen los psicólogos para apoyar ciertos temas”, “a menos de que tu tengas un colapso nervioso y digas no pude con esto, pues digamos que tú tienes que seguir trabajando, “si el profesional refiere que está como afectado o algo pasa, se busca un espacio para que hable con el jefe directo a ver qué fue lo que pasó o algún directivo habla con esa persona”.

Lo anterior pone en evidencia que el personal de la salud no reconoce la problemática del fenómeno de sobre la segunda víctima, pues no se considera el hecho de tomar una pausa o implementar alguna medida luego de haber estado involucrado de un evento adverso, sólo se contempla la posibilidad de seguir adelante con el trabajo y lo más importante, no se identifica como una situación de riesgo para sí mismo y para los sujetos de cuidado

De igual manera sucede con el personal directivo, cuando de alguna manera se minimiza el riesgo de no realizar una intervención oportuna al personal de salud ante su implicación en un evento adverso , esto se evidencia en los siguientes comentarios obtenidos en las entrevistas: “Se trabaja el riesgo inmediato del paciente y se escucha la versión del colaborador, pero no se abarca cómo se siente el personal”, “Ante la implicación de un colaborador en un evento adverso, se decide enviar a la persona a que continúe con su ruta dependiendo...”, “Ante la implicación de un colaborador en un evento adverso se envía al colaborador nuevamente a su ruta porque desafortunadamente no se puede parar el tema laboral”.

Considerando lo expuesto en el punto anterior, en referencia a la información recolectada en las entrevistas, a continuación, se plantean tres estrategias de abordaje para el fenómeno de las segundas víctimas, las cuales están relacionadas con los hallazgos que se identificaron en todo el ejercicio de esta investigación, como los aspectos que interfieren con la prestación de servicios de salud seguros.

11.1. Estrategia 1

Según la encuesta realizada al personal de salud de la institución “Sistemas de Terapia Respiratoria SAS”, se evidenció que 64,84% (59) consideraron que informar a los pacientes

de errores o fallos que no tienen repercusión relevante en su tratamiento ocasiona alarmas innecesarias; 59,34% (54) pensaron que informar a un paciente de un error clínico puede provocar una reacción muy negativa que afecte la relación posterior con los profesionales que le atiendan y el 25,27% (23), refirieron que la mayoría de los errores clínicos que conocían se debían a fallos de la organización y no a errores humanos.

Para esto, se plantea como la primera estrategia fortalecer el empoderamiento de la cultura de seguridad del paciente en la institución teniendo en cuenta a los colaboradores, pacientes, familiares y cuidadores; lo anterior con el objetivo de minimizar los incidentes y eventos adversos en salud. Para esto se implementarán las siguientes medidas:

1. Fomentar la cultura de seguridad como eje fundamental de la divulgación y el cumplimiento de las prácticas asistenciales seguras, el reporte de indicios de atención insegura y la intervención a las segundas víctimas, para esto es indispensable contar con el apoyo del cuerpo directivo.
2. Ajustar el plan de seguridad del paciente cada año.
3. Socializar el plan de seguridad del paciente con todos los colaboradores de la institución, pacientes, familiares y cuidadores.
4. Elaborar un plan de formación anual en seguridad del paciente, cada capacitación debe convertirse en un insumo para la construcción de una caja de herramientas, la cual estará a disposición de procesos de reinducción y educación a nuevos colaboradores.
5. Diseñar y realizar evaluación de todos los temas incluidos en el plan de formación anual para determinar cuáles de ellos necesitan ser reforzados.

6. Unificar el proceso de inducción específico para seguridad del paciente dentro de la inducción general, este debe ir acompañado de una lista de chequeo con copia a la hoja de vida, que permita garantizar que antes de iniciar las actividades asistenciales, el colaborador conozca la política de seguridad del paciente, los protocolos institucionales (al menos los más relevantes para su rol), medios de reporte para notificación de indicios de atención insegura, uso correcto y retiro de elementos de protección personal, entre otros.
7. Revisión y actualización de protocolos institucionales relacionados con seguridad del paciente.

11.2. Estrategia 2

Según la encuesta realizada al personal de salud de la institución “Sistemas de Terapia Respiratoria SAS”, se evidenció que el 38,5% (35) de los encuestados, han conocido casos de profesionales que han sufrido problemas laborales a causa de un evento adverso y 34,1% (31), han conocido casos de profesionales que lo han pasado muy mal emocionalmente a raíz del evento adverso de un paciente.

Por lo anterior se considera importante socializar el tema del fenómeno de las segundas víctimas en la institución con el objetivo de explicar la importancia de implementar un programa de intervención, para esto se realizarán en cuenta las siguientes actividades:

1. Sensibilizar al personal directivo, asistencial y administrativo sobre el fenómeno de las segundas víctimas.

2. Sensibilizar al personal de salud en la autoevaluación de síntomas que le permitan identificarse como segunda víctima de un evento adverso y de esta manera buscar ayuda de forma oportuna.

3. Educar a todos los colaboradores de la institución sobre la importancia de garantizar el bienestar del personal de salud para prestar servicios asistenciales con calidad.

11.3. Estrategia 3

Según la encuesta realizada al personal de salud de la institución “Sistemas de Terapia Respiratoria SAS”, se evidenció que el 11% de los encuestados, han tenido experiencia en evento adverso evitable, por lo que han requerido incapacidad médica 5,5% (5), traslado de servicio o sede de trabajo 11% (10), ha abandonado la profesión 2,2% (2).

Por lo anterior, es necesario proponer la implementación de un programa de segundas víctimas en la institución, el cual permitirá brindar respuesta inmediata al personal de salud que se vea implicado en un evento adverso.

La puesta en marcha del programa según lo propuesto por Scott en el programa RISE, cuenta con 4 fases (Edrees et al., 2016):

Etapas:

Etapas:

Etapa 1 - Desarrollo del programa: para este ítem, ya se hizo el primer acercamiento con el personal asistencial de la institución con el fin de dar cumplimiento a las siguientes etapas:

a. Diagnóstico: A través de la encuesta aplicada para esta investigación, se lograron detectar varios aspectos importantes como: 42,7% de los encuestados respondieron de forma afirmativa al hecho de experimentar síntomas de forma personal o en

terceros luego de haberse visto involucrado en un evento adverso con consecuencias graves, 11% necesitaron incapacidad, traslado de servicio o abandonaron la profesión luego de haberse visto involucrados en un evento adverso con consecuencias graves; estos hallazgos justifican la necesidad del desarrollo del programa.

b. Diseño del plan: Se sugiere que el diseño y la implementación del plan sea realizado por un equipo interdisciplinario, que también incluya colaboradores del área asistencial y administrativa. En este punto se definen los objetivos, la metodología de trabajo y la medición de resultados, debe estar orientado a diseñar una ruta de atención que permita abordar de forma institucional a las segundas víctimas de los eventos adversos en salud. Para que sea exitoso, se deben tener en cuenta las siguientes medidas para mitigar las consecuencias de los eventos adversos en segundas víctimas de acuerdo con lo establecido en los resultados del estudio “*Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas*” (Aranaz et al., 2013):

- Apoyo de la dirección al profesional
- Análisis del suceso y búsqueda de soluciones
- Controlar las reacciones de estrés agudo: ansiedad, miedo, culpa, etc.
- Medidas de apoyo ante la inseguridad profesional
- Protocolizar el apoyo al profesional
- Potenciar amortiguadores de la culpa en los profesionales
- Apoyo emocional compañeros
- Formación en afrontamiento de errores

- Apoyo legal
- Escuchar siempre al profesional
- Actuar pronto, no dejarlo para demasiado tarde

c. Ejecución del plan: para esta etapa se recomienda adoptar las buenas prácticas contempladas en el decálogo sugerido en el estudio “*Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas*” (Aranaz et al., 2013):

1. Actuar con honestidad y transparencia, reparando el daño e informando de lo que ha sucedido y de las medidas para evitar que pueda repetirse.
2. Actuar de forma prudente evitando juicios de valor y aportando datos.
3. Contrastar la información antes de informar a los medios de comunicación.
4. Buscar la opinión de expertos para hacer más comprensibles los hechos.
5. Transmitir la noticia con objetividad sin buscar culpables.
6. Lograr el máximo respeto para el profesional involucrado.
7. Intentar evitar sensacionalismos, buscando interlocutores de los medios especializados en sanidad.
8. No contribuir a crear estereotipos equívocos de profesionales sanitarios.
9. Transmitir que la institución tiene entre sus fines la búsqueda de lo mejor para el paciente.
10. Garantizar el derecho a la intimidad cuando la noticia incorpore imágenes.

d. Evaluación de los resultados: esta etapa permite analizar los resultados para determinar si se cumplió con el logro de los objetivos; de esta manera realizar los ajustes necesarios para las siguientes intervenciones.

Etapa 2 - Reclutamiento y formación de interlocutores

Se debe conformar un equipo multidisciplinario para dirigir la planeación y poner en marcha el programa de apoyo, se propone un programa de apoyo entre pares por lo que las personas convocadas a participar en el equipo deben contactar con interés por participar, cualidades de empatía y escucha activa. Posteriormente recibirán capacitación en primeros auxilios emocionales.

Etapa 3 - Prueba piloto del programa

Constituye la puesta en marcha del programa en calidad de prueba con el objetivo de validar la pertinencia de cada uno de los puntos contemplados en la etapa 1 y determinar los ajustes a que haya lugar.

Etapa 4 - Lanzamiento del programa en toda la institución

El programa es avalado por los directivos de la institución para ser puesto en marcha formalmente.

12. Discusión

Éste trabajo aporta al conocimiento de las segundas víctimas en Colombia, dado a la recolección de información que se realizó por medio de la aplicación de la encuesta. El estudio se diseñó para proponer las estrategias institucionales que se pueden implementar para abordar la problemática frente al fenómeno de las segundas víctimas de un evento adverso en salud en el ámbito de la Atención Primaria en Colombia.

La variable que mayor impacto tiene en los hallazgos es la que indaga sobre la cultura de seguridad, en la medida en que se tenga una cultura de seguridad positiva todo lo relacionado con seguridad del paciente se evalúa de forma constructiva, mientras que la percepción negativa, va a generar una actitud de rechazo y resistencia. Por su parte la institución objeto de este estudio, no tiene ninguna medición de cultura de seguridad previa a la investigación, los hallazgos y conclusiones mencionados en este estudio, hacen referencia a la información obtenida con la aplicación del “Cuestionario para profesionales de atención primaria”.

Se pudo determinar que la cultura de seguridad desempeña un papel importante en las instituciones de salud, pues su adopción y puesta en práctica, constituye un elemento de alta relevancia en la mitigación de la ocurrencia de eventos adversos, no obstante, se debe trabajar al interior de las instituciones con el objetivo de fortalecerlas en sus dimensiones de liderazgo, comunicación abierta y positiva y justicia (estrategia 1).

La aplicación de la encuesta “Cuestionario para profesionales de atención primaria” al personal de salud de una institución de atención primaria en Bogotá, permitió medir la percepción en la experiencia de evento adverso para esta población a través de la vivencia

personal o de terceros con 2 preguntas: el 34,1% (31) de los participantes respondieron que conocen personas que lo han pasado muy mal emocionalmente a raíz del evento adverso de un paciente y el 41,67% manifestaron que conocían o habían estado involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves-

Uno de los principales hallazgos de este estudio a través de la revisión bibliográfica realizada, fue que el fenómeno de las segundas víctimas es un tema poco conocido y explorado en Colombia, se cuenta con trabajos de investigación y revisiones de literatura inherentes a los temas relacionados con la seguridad del paciente, pero no como tal para el tema que acá nos convoca (estrategia 2).

Tanto el personal de salud como los directivos institucionales normalizan el hecho de seguir adelante después de haber estado implicado en un evento adverso, no hay conciencia sobre la importancia de realizar una intervención integral de forma inmediata, de igual manera el personal de la salud no cuenta con las herramientas para identificarse como una segunda víctima y tomar así las medidas necesarias de acuerdo con el impacto que le haya causado haber estado involucrado de un evento adverso (estrategia 3).

El estudio contó con una limitación y fue el hecho de no alcanzar el nivel de respuesta esperado por parte de la población convocada, por lo que se amplió el margen de error manteniendo un intervalo de confianza del 95%, lo cual sugiere que los resultados son menos exactos sin que esto afecte en mayor medida la validez de la investigación.

13. Conclusiones

1. Es relevante para la institución realizar mediciones de cultura de seguridad de forma periódica y así lograr implementar los planes de acción a que haya lugar en busca de lograr el objetivo de fortalecer este aspecto.
2. La adopción y fortalecimiento de una cultura de seguridad positiva requiere un trabajo constante y apoyo por las directivas institucionales y liderazgo del talento humano de la institución.
3. Es importante socializar el fenómeno de las segundas víctimas al interior de las instituciones de salud con el objetivo de hacerlo un tema conocido y así permitir que sea explorado en Colombia en busca de alternativas de intervención.
4. En la medida en que el fenómeno de las segundas víctimas sea un tema conocido, se va a ampliar la exploración de este y se trabajará se alternativas de intervención lo cual se verá reflejado en el bienestar del personal de salud y de los pacientes.
5. Socializar el tema de las segundas víctimas en una institución a nivel asistencial y directivo, permitirá que las personas conozcan y trabajen en la intervención de este fenómeno de forma efectiva.
6. Es necesario educar a las instituciones en la importancia de reportar los eventos adversos y hacer seguimiento a las personas involucradas.
7. Diseñar e implementar un programa para intervención de segundas víctimas en las instituciones, ofrece respaldo tanto al personal asistencial como directivo y constituye una herramienta clave en la prestación de servicios seguros.
8. La seguridad del paciente debe ser un tema prioritario en las instituciones de salud, su adopción y permanencia es un requisito de habilitación y acreditación y no se

puede permitir que su importancia se vea desplazada por ningún factor inesperado como lo fue el caso de la pandemia por Covid 19.

14. Bibliografía

- Adams, J. G., & Walls, R. M. (2020). Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA*, 323(15), 1439.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>
- Aranaz-Andres, J. M., Aibar-Rejon, C., Limon-Ramirez, R., Amarilla, A., Restrepo, F. R., Urroz, O., Sarabia, O., Garcia-Corcuera, L. V., Terol-Garcia, E., Agra-Varela, Y., Gonseth-Garcia, J., Bates, D. W., & Larizgoitia, I. (2011). Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the “Iberoamerican study of adverse events” (IBEAS). *BMJ Quality & Safety*, 20(12), 1043–1051.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs.2011.051284>
- Aranaz-Andres, J. M., Aibar, C., Limon, R., Mira, J. J., Vitaller, J., Agra, Y., & Terol, E. (2012). A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *The European Journal of Public Health*, 22(6), 921–925.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr168>
- Aranaz, J., Mira, J., Guilabert, M., Herrero, J., & Vitaller, J. (2013). Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios: estudio sobre las segundas víctimas. *Trauma Fund MAPFRE*, 24, 54–60.
- Banja, J. D. (2019). *Patient Safety Ethics : How Vigilance, Mindfulness, Compliance, and Humility Can Make Healthcare Safer* (Johns Hopkins University Press. (ed.)). Johns Hopkins University Press.
- Bernal, A. M., & Parra, P. A. (2018). *Segundas víctimas : ¿qué dice la evidencia?*

[Universidad del Rosario]. file:///C:/Users/SONY/Desktop/MAS III/TRABAJO DE GRADO/BernalNieto-AnaMaria_2018.pdf

Busch, Isolde M., Moretti, F., Purgato, M., Barbui, C., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2020). Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Patient Safety, 16*(2), e61–e74. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000589>

Busch, Isolde Martina, Moretti, F., Campagna, I., Benoni, R., Tardivo, S., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2021). Promoting the Psychological Well-Being of Healthcare Providers Facing the Burden of Adverse Events: A Systematic Review of Second Victim Support Resources. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(10), 5080. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105080>

Carrillo, I., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P., Torijano, M. L., Iglesias-Alonso, F., Astier, P., Olivera, G., & Maderuelo-Fernández, J. A. (2016). Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. *Revista de Calidad Asistencial, 31*, 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.008>

Carvajal Ruz, M. (2017). *Impacto de eventos adversos en el profesional sanitario “segundas víctimas.”* Universidad Pública de Navarra.

Clarke, S. (1999). Perceptions of organizational safety: implications for the development of safety culture. *Journal of Organizational Behavior, J. Organiz, 185±198.*

de Vries, E. N., Ramrattan, M. A., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J., & Boermeester, M.

- A. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality and Safety in Health Care*, 17(3), 216–223.
<https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>
- Dewey, C., Hingle, S., Goelz, E., & Linzer, M. (2020). Supporting Clinicians During the COVID-19 Pandemic. *Annals of Internal Medicine*, 172(11), 752–753.
<https://doi.org/10.7326/M20-1033>
- Edrees, H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M., Taylor, H., & Wu, A. W. (2016). Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*, 6(9), e011708. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708>
- Fallowfield, L. (2010). Communication with Patients after Errors. *Journal of Health Services Research & Policy*, 15(1_suppl), 56–59.
<https://doi.org/10.1258/jhsrp.2009.09s107>
- Feng, X., Bobay, K., & Weiss, M. (2008). Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 310–319.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04728.x>
- Gallagher, T. H. (2003). Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors. *JAMA*, 289(8), 1001. <https://doi.org/10.1001/jama.289.8.1001>
- Gallagher, T. H., Waterman, A. D., Garbutt, J. M., Kapp, J. M., Chan, D. K., Dunagan, W. C., Fraser, V. J., & Levinson, W. (2006). US and Canadian Physicians' Attitudes and Experiences Regarding Disclosing Errors to Patients. *Archives of Internal Medicine*,

166(15), 1605. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.15.1605>

Hauk, L. (2018). Understanding the second victim recovery process. *AORN Journal*, 107(6), P4–P4. <https://doi.org/10.1002/aorn.12285>

Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta).

Kohn, L., Corrigan, M, T. J., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To Err Is Human*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>

Lobão, M. J., Guerra, S., & Sousa, P. (2021). Second Victim Phenomenon in COVID-19 Pandemic O Fenómeno das Segundas Vítimas na Pandemia COVID-19. *Lusíadas Scientific Journal*, 2, 3,4.

Mahajan, R. P. (2011). Safety culture in anesthesiology. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 58((Supl. 3)), S10–S14. https://sensar.org/wp-content/uploads/2012/05/Suplemento-REDAR-Seguridad-del-paciente_Dic-2011.pdf

Martens, J., Van Gerven, E., Lannoy, K., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., De Hert, M., & Vanhaecht, K. (2016). Serious reportable events within the inpatient mental health care: Impact on physicians and nurses. *Revista de Calidad Asistencial*, 31, 26–33. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.004>

Ministerio de Salud, C. (2008). *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). *Guía técnica “Buenas prácticas para la*

seguridad del paciente en la atención en salud.”

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Ministerio de sanidad, E. (2008). *Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud.*

Mira-Solves, J., & Lorenzo, S. (2015). Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a los/las pacientes tras un evento adverso. *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 370–374.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.04.004>

Mira, J., Carrillo, I., Lorenzo, S., Ferrús, L., Silvestre, C., Pérez-Pérez, P., Olivera, G., Iglesias, F., Zavala, E., Maderuelo-Fernández, J. Á., Vitaller, J., Nuño-Solinís, R., & Astier, P. (2015). The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Services Research*, 15(1), 151.

<https://doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7>

Mira, J. J., & Lorenzo, S. (2016). Las segundas víctimas de los incidentes para la seguridad de los pacientes. *Revista de Calidad Asistencial*, 31, 1–2.

<https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.02.005>

Montserrat-Capella, D., Suarez, M., Ortiz, L., Mira, J. J., Duarte, H. G., Reveiz, L., on behalf of the AMBEAS Group, Cho, M., Rodriguez, H., Milberg, M., Dieguez, M. G., Tristan, M., Granados, R., Puertas, B., Artaza, O., Varella, D. A. A., FitzGerald, J., Torres, F. H., Iglesias, C., ... Torres, R. (2015). Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(1), 52–59.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu100>

OMS. (2008). *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*.

https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Servicios sanitarios de calidad*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Ozeke, O., Ozeke, V., Coskun, O., & Budakoglu, I. I. (2019). Second victims in health care: current perspectives. *Advances in Medical Education and Practice, Volume 10*, 593–603. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S185912>

Portela, M., Bugarín González, R., & Rodríguez Calvo, M. S. (2019). Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina. *Educación Médica, 20*, 169–174. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.027>

Pronovost, P. (2005). Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Quality and Safety in Health Care, 14*(4), 231–233. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015180>

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ, 320*(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

Reason, James. (1990). *Human Error* (ridge: Pre). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139062367>

Rocco, C., & Garrido, A. (2017). SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. *Revista Médica Clínica Las Condes, 28*(5), 785–795. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>

- Scott, S D, Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Quality and Safety in Health Care*, 18(5), 325–330. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>
- Scott, Susan D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M., Phillips, E. C., & Hall, L. W. (2010). Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(5), 233–240. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(10\)36038-7](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36038-7)
- Seys, D., Scott, S., Wu, A., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Conway, J., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2013). Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 50, Issue 5, pp. 678–687). Pergamon. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006>
- Torijano-Casalengua, M. L., Astier-Peña, P., & Mira-Solves, J. J. (2016). El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. *Atención Primaria*, 48(3), 143–146. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.002>
- Ullström, S., Andreen Sachs, M., Hansson, J., Øvretveit, J., & Brommels, M. (2014). Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Quality & Safety*, 23(4), 325–331. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002035>
- Van Gerven, E., Deweer, D., Scott, S. D., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., &

- Vanhaecht, K. (2016). Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study. *Revista de Calidad Asistencial*, 31, 34–46. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.02.003>
- White, A. A., & Gallagher, T. H. (2013). *Medical error and disclosure* (pp. 107–117). <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53501-6.00008-1>
- Wolf, Z. R. (2005). *Stress Management in Response to Practice Errors: Critical Events in Professional Practice*. http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Documents/200512_07.pdf
- Wolf, Z. R., Serembus, J. F., Smetzer, J., Cohen, H., & Cohen, M. (2000). Responses and Concerns of Healthcare Providers to Medication Errors. *Clinical Nurse Specialist*, 14(6), 278–290. <https://doi.org/10.1097/00002800-200011000-00011>
- World Health Organization. (2021). *Draft Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 Towards eliminating avoidable harm in health care*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/final-draft-global-patient-safety-action-plan-2021-2030.pdf?sfvrsn=fc8252c5_5
- Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. *BMJ*, 320(7237), 726–727. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>
- Wu, Albert W., Connors, C., & Everly, G. S. (2020). COVID-19: Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience. *Annals of Internal Medicine*, 172(12), 822–823. <https://doi.org/10.7326/M20-1236>

15. Anexos

15.1. Anexo 1: Cuestionario para profesionales de atención primaria

1/7/2021

CUESTIONARIO PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

CUESTIONARIO PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Se entiende el evento adverso como un accidente imprevisto e inesperado que le causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la atención en salud que recibe y no de la enfermedad que padece.

El término segundas víctimas hace referencia a todo profesional que participa en un evento adverso, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente y se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso.

La atención primaria es un enfoque para la salud y el bienestar centrado en las necesidades y circunstancias de las personas, las familias y las comunidades. Aborda la salud y el bienestar físicos, mentales y sociales de una forma global e interrelacionada.

*Obligatorio

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del investigador: Mary Luz Giraldo Piedrahíta
Usted ha sido invitado a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado como trabajo de grado en la Maestría en Administración de Salud de la Pontificia Universidad Javeriana.
Recuerde que la participación en el estudio es CONFIDENCIAL y VOLUNTARIA, si decide hacerlo, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.
El propósito de esta encuesta es identificar si los profesionales se han sentido segundas víctimas durante el ejercicio de su profesión.
Su participación consistirá en:
-Responder "el cuestionario para profesionales de atención primaria"
-El cuestionario está compuesto por 51 preguntas agrupadas en nueve bloques. El tiempo estimado para responderlo es entre 15 y 20 minutos.
-El cuestionario se enviará a su celular o correo electrónico

1. Acepto

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

1. Con respecto a los últimos 5 años, señale la respuesta que refleje mejor su experiencia personal. En mi institución...

2. 1.1 Contamos con un plan de formación anual en seguridad del paciente que actúa a distintos niveles: sensibilización y formación específica (talleres o cursos). *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo
 No sabe / No contesta

3. 1.2 Contamos con un sistema anónimo de notificación de incidentes y eventos adversos que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo
 No sabe / No contesta

4. 1.3 Cuando se detecta un evento adverso con consecuencias graves para un paciente se analizan siempre sus causas y cómo evitarlo en el futuro (aprendemos de la experiencia de forma sistemática). *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo
 No sabe / No contesta

5. 1.4 La mayoría de los errores clínicos que conozco se deben a fallos de la organización y no a errores humanos.*

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo
 No sabe / No contesta

6. 1.5 La mayoría de los eventos adversos con consecuencias graves se pueden evitar.*

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo
 No sabe / No contesta

7. 1.6 Los profesionales que se ven involucrados en un evento adverso cuentan, si lo desean, con apoyo psicológico ofrecido por la institución para reducir el impacto que sufren como segunda víctima.*

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo
 No sabe / No contesta

8. 1.7 He recibido formación de cómo debo informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo
 No sabe / No contesta

9. 1.8 Cuando se produce un error clínico que alcanza al paciente siempre se le informa a él o a su familia. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo
 No sabe / No contesta

10. 1.9 Informar a los pacientes de errores o fallos que no tienen repercusión relevante en su tratamiento ocasiona alarmas innecesarias. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo
 No sabe / No contesta

11. 1.10 Informar a un paciente de un error clínico puede provocar una reacción muy negativa que afecte a su relación posterior con los profesionales que le atienden. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo
 No sabe / No contesta

12. 1.11 Cuando se produce un evento adverso grave, el profesional (o profesionales) involucrado recibe apoyo del propio equipo. *

Marca solo un óvalo.

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo
 No sabe / No contesta

2. Indique cuál cree que es la probabilidad de que en los próximos 12 meses...

13. 2.1 Se produzca en su institución un evento adverso con consecuencias graves. *

Marca solo un óvalo.

- Alta
 Media
 Baja
 Ninguna

3. En caso de que se produjera un error clínico, en qué medida cree que podría suceder lo siguiente (de 0=Nada frecuente a 10= Muy frecuente):

14. 3.1 Informar al paciente o a sus familiares del error. *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada frecuente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy frecuente

15. 3.2 Pedirle disculpas al paciente (o a sus familiares). *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada frecuente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy frecuente

16. 3.3 Tener miedo a afrontar consecuencias legales. *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada frecuente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy frecuente

17. 3.4 Tener miedo a perder el prestigio profesional. *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada frecuente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy frecuente

18. 3.5 No saber cómo informar del error al responsable de la institución. *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada frecuente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy frecuente

19. 3.6 Tener conflictos con otros profesionales (reproches o críticas) *

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada frecuente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy frecuente

4. En los últimos 5 años...

20. 4.1 He conocido casos en mi institución de situaciones que cabe considerarlas como casi errores (incidente que podría haber causado daño a un paciente pero que finalmente se corrigió a tiempo). *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

21. 4.2 He conocido casos de eventos adversos con consecuencias graves para uno o varios pacientes. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

22. 4.3 He conocido casos de profesionales que lo han pasado muy mal emocionalmente a raíz del evento adverso de un paciente. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

23. 4.4 He conocido casos de profesionales que han sufrido problemas laborales a causa de un evento adverso. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

24. 4.5 Personalmente he tenido la experiencia de tener que informar a un paciente (o sus familiares) que ha sufrido un evento adverso. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

5. Por su experiencia o por experiencias ajenas, qué consecuencias ha tenido el informar a un paciente sobre un evento adverso evitable que haya padecido:

25. 5.1 El paciente aceptó las explicaciones. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

26. 5.2 A consecuencia de la conversación, empeoraron las relaciones con el paciente. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

27. 5.3 El paciente presentó una demanda. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

28. 5.4 El paciente tuvo una respuesta agresiva. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

6. En el caso de que usted, o algún profesional que conozca, se haya visto involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves, indique si ha observado los siguientes síntomas:

29. 6.1 Obrubilidad, confusión, dificultades para concentrarse en la tarea en los días siguientes al evento adverso. *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
 Alguna vez
 Casi siempre
 Siempre

30. 6.2 Sentimientos de culpa. *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
 Alguna vez
 Casi siempre
 Siempre

31. 6.3 Pesimismo ante la vida, tristeza. *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
 Alguna vez
 Casi siempre
 Siempre

32. 6.4 Cansancio. *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
 Alguna vez
 Casi siempre
 Siempre

33. 6.5 Ansiedad. *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
 Alguna vez
 Casi siempre
 Siempre

34. 6.6 Insomnio, dificultades para disfrutar sueño reparador. *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
 Alguna vez
 Casi siempre
 Siempre

35. 6.7 Revivir el suceso una y otra vez. *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
 Alguna vez
 Casi siempre
 Siempre

36. 6.8 Ira y cambios de humor en el trabajo. *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
 Alguna vez
 Casi siempre
 Siempre

37. 6.9 Ira y cambios de humor en casa. *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
 Alguna vez
 Casi siempre
 Siempre

38. 6.10 Dudas constantes sobre lo que se tiene que hacer en cada caso y si las decisiones clínicas son las correctas. *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
 Alguna vez
 Casi siempre
 Siempre

39. 6.11 Pérdida de la reputación profesional entre los compañeros. *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
 Alguna vez
 Casi siempre
 Siempre

40. 6.12 Pérdida de la reputación profesional entre los pacientes. *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
 Alguna vez
 Casi siempre
 Siempre

41. 6.13 Cuestionarse si continuar en la profesión o abandonarla. *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
 Alguna vez
 Casi siempre
 Siempre

7. En el caso de que usted, o algún profesional que conozca, se haya visto involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves, indique:

42. 7.1 Ha necesitado una incapacidad medica. *

Marca solo un óvalo.

- Si
 No

43. 7.2 Ha solicitado traslado de servicio o sede de trabajo. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

44. 7.3 Ha abandonado la profesión. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

8. Señale si estaría interesado en recibir alguna formación específica para:

45. 8.1 Afrontar mejor las consecuencias de los eventos adversos en los profesionales. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

46. 8.2 Saber cómo informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

9. Por último, indique:

47. 9.1 Edad *

Marca solo un óvalo.

- Hasta los 30 años
 Entre 31 y 50 años
 Entre 51 y 70 años

48. 9.2 Sexo *

Marca solo un óvalo.

- Hombre
 Mujer

49. 9.3 Profesión *

Marca solo un óvalo.

- Médico / a
 Enfermero / a
 Auxiliar
 Otro

50. 9.4 Unidad o servicio *

Marca solo un óvalo.

- Médicos
 Odontólogos
 Enfermer@s jefes
 Auxiliares odontología y enfermería
 Otros profesionales de salud

51. 9.5 Años de experiencia en la profesión *

Marca solo un óvalo.

Menos de 1 año

Entre 1 y 3 años

Más de 3 años

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

15.2. Anexo 2: Consentimiento informado entrevistas

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO ENTREVISTAS

APLICACIÓN DE ENTREVISTA PARA DIRECTIVOS DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA.

PARA LA INVESTIGACIÓN ESTRATEGIAS DE ABORDAJE PARA EL FENÓMENO DE LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN, BOGOTÁ, 2021

Se entiende el evento adverso como un accidente imprevisto e inesperado que le causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la atención en salud que recibe y no de la enfermedad que padece.

El término segundas víctimas hace referencia a todo profesional que participa en un evento adverso, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente y se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso.

La atención primaria es un enfoque para la salud y el bienestar centrado en las necesidades y circunstancias de las personas, las familias y las comunidades. Aborda la salud y el bienestar físicos, mentales y sociales de una forma global e interrelacionada.

La presente investigación es conducida por Mary Luz Giraldo Piedrahita de la Pontificia Universidad Javeriana. El objetivo del estudio es "Establecer estrategias de abordaje para el

fenómeno de las segundas víctimas en el marco del programa de seguridad del paciente en el nivel primario de atención en una Institución Prestadora de Servicios en Bogotá, 2021*.

Si usted accede a participar en el estudio, se le realizará una entrevista de 4 preguntas, esto tomará aproximadamente entre 15 y 20 minutos. La participación es estrictamente voluntaria, la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre el proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante la entrevista o contactarse con el investigador al teléfono 3176480829, igualmente puede detener la entrevista en cualquier momento sin que esto le cause perjuicio de alguna forma.

Si algunas de las preguntas le parecen incómodas, tiene derecho a hacérselo saber al investigador o no responderlas.

Para dejar constancia del consentimiento informado por favor responda si o no

Acepta participar voluntariamente en esta investigación conducida por Mary Luz Giraldo

Acepta realizar la grabación de la entrevista

Recibió información sobre el objetivo del estudio

Le indicaron que tendrá que responder preguntas

Reconoce que la información que provea es estrictamente confidencial, no será usada para ningún otro propósito sin su consentimiento

Se le ha informado que puede hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puede retirarse del mismo cuando así lo decida sin que esto acarree ningún perjuicio

Se le informó que en caso de tener preguntas sobre su participación puede contactarse con el investigador al teléfono 3176480829

Este consentimiento informado se elabora de acuerdo con los parámetros establecidos por la legislación colombiana en la resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social

Rol *

Tiempo de experiencia en el rol

Tiempo laborando en la compañía

Preguntas:

1. ¿La institución cuenta con un plan de formación anual en seguridad del paciente, que actúa a distintos niveles, sensibilización, formación específica (talleres o cursos)?

2. ¿Somos especialmente cuidadosos cuando se incorpora un nuevo colaborador y contamos con un protocolo para asegurar que las nuevas contrataciones no afectan los niveles de seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes?
3. Luego de ocurrir un evento adverso con consecuencias graves, ¿la institución cuenta con una póliza de seguros que ofrezca desde el primer momento, asesoramiento legal al profesional implicado?
4. ¿La institución cuenta con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las segundas víctimas para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto que suponen los eventos adversos en los profesionales?

