

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Salud Pública,
Historia de la Ciencia y Ginecología



LOS PROFESIONALES AFECTADOS POR EL DAÑO DE LOS PACIENTES. LAS “SEGUNDAS VÍCTIMAS”.

Memoria para optar al grado de doctor presentada por:

D. Juan Francisco Herrero Cuenca.

DIRIGIDA POR LOS PROFESORES DOCTORES:

D. Jesús María Aranaz Andrés.

D. Vicente Francisco Gil Guillén.

San Juan de Alicante, 2017



D. Idefonso Hernández Aguado, Director del Departamento de Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología de la Universidad Miguel Hernández

AUTORIZA:

La presentación y defensa como Tesis Doctoral del trabajo “LOS PROFESIONALES AFECTADOS POR EL DAÑO DE LOS PACIENTES. LAS “SEGUNDAS VÍCTIMAS””. Realizado por D. Francisco Herrero Cuenca bajo la dirección del Prof. Dr. D. Jesús María Aranaz Andrés y D. Vicente Francisco Gil Guillén.

Lo que firmo en Sant Joan d' Alacant a 31 de agosto de dos Mil diecisiete.

Prof. Idefonso Hernández Aguado.
Director del Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia
y Ginecología.



D. Francisco Herrero Cuenca bajo la dirección del Prof. Dr. D. Jesús María Aranaz Andrés y D. Vicente Francisco Gil Guillén, como Directores de Tesis Doctoral

CERTIFICAN:

Que el trabajo “LOS PROFESIONALES AFECTADOS POR EL DAÑO DE LOS PACIENTES. LAS “SEGUNDAS VÍCTIMAS”” realizado por D. Francisco Herrero Cuenca ha sido llevado a cabo bajo nuestra dirección y se encuentra en condiciones de ser leído y defendido como Tesis Doctoral en la Universidad Miguel Hernández.

Lo que firman para los oportunos efectos en Sant Joan d' Alacant a 31 de agosto de dos mil diecisiete.

D. Jesús Aranaz Andrés
Director de Tesis Doctoral.

D. Vicente Francisco Gil Guillén.
Director de Tesis Doctoral.

AGRADECIMIENTOS.

A tan grandes amigos.

Es el mejor de los buenos
quien sabe que en esta vida
todo es cuestión de medida:
un poco más, algo menos...

Nuestras horas son minutos
Cuando esperamos saber
Y siglos cuando sabemos
Lo que se puede aprender.

A. Machado. Proverbios y Cantares

TABLA DE CONTENIDOS.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	7
0. RESUMEN / ABSTRACT.	11
1. INTRODUCCIÓN.	21
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.	45
3. HIPÓTESIS.....	53
4. OBJETIVOS.....	57
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	61
6. RESULTADOS.	77
7. DISCUSIÓN.....	141
8. CONCLUSIONES.	151
9. BIBLIOGRAFÍA.....	155
ANEXOS.....	165

ÍNDICE DE ABREVIATURAS.

APEAS: Estudio de los Efectos Adversos en Atención Primaria en España

EA: Evento Adverso

ENEAS: Estudio Nacional de Efectos Adversos

CS: Cultura de Seguridad

CSP: Cultura de Seguridad del Paciente

IC: Intervalo de Confianza

IOM: Institute of Medicine

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

OMS: Organización Mundial de la Salud

SP: Seguridad del Paciente

USA: Estados Unidos de América

0. RESUMEN / ABSTRACT.

Introducción.

El número de estudios sobre seguridad clínica se ha incrementado de forma exponencial desde que se puso de manifiesto que en EEUU fallecían más pacientes por errores clínicos en los hospitales que conductores en las carreteras y autopistas norteamericanas, sin embargo, se ha prestado poca atención al impacto y el apoyo que se debe prestar a los profesionales que se ven involucrados en un evento adverso con consecuencias graves para un paciente. Los profesionales de la salud constituyen las segundas víctimas de los EA. Cuando se produce un EA no cabe duda que la primera víctima es el paciente que sufre las consecuencias directas y puede llegar a tener secuelas importantes durante mucho tiempo o, incluso, perder la vida. Pero, hemos de ser conscientes de una "segunda víctima" del EA: el profesional sanitario que se ve involucrado en el mismo.

Aunque disponemos de alguna información sobre dichas consecuencias en los profesionales lo cierto es que, por tratarse de un tema tradicionalmente de difícil abordaje, existen lagunas sobre cuál es la reacción de los profesionales y la mejor manera de ayudarles para reintegrarse a su actividad profesional con las mayores garantías.

Hipótesis y objetivos.

La hipótesis básica de la investigación es que las recomendaciones para atender a las segundas y terceras víctimas de la atención sanitaria (instituciones sanitarias), realizadas por expertos ayudarán para la prevención y el

afrontamiento de las consecuencias de los EA en los Profesionales y las instituciones.

El Objetivo General fue contribuir al desarrollo de una cultura positiva (proactiva) de seguridad del paciente y de una política institucional a través del abordaje la atención a las segundas y terceras víctimas tras la ocurrencia de un evento adverso grave.

Material y método.

El Estudio consta de dos fases, en la primera fase se abordó la problemática de las segundas víctimas en nuestro país, recogiendo recomendaciones de expertos con el propósito de ayudar a directivos de centros sanitarios, jefes de servicio y a los propios profesionales a guiar sus actuaciones y sus decisiones en el caso de ocurrencia de un EA con consecuencias graves o muy graves para un paciente. Para ello se llevó a cabo la técnica de investigación cualitativa Metaplan.

En la segunda fase se utilizó la técnica Delphi, determinando de esta manera el grado de acuerdo entre los participantes respecto de un tema propuesto y una serie de cuestiones específicas más dirigidas a la implantación de medidas cuando se ven afectados profesionales y la institución.

Resultados.

Los resultados de nuestro estudio, sugieren un alto grado de consenso en todos los grupos sobre actitudes o valores que deben compartir las organizaciones y que coinciden con principios éticos poco discutibles de veracidad, transparencia, y reparación del daño.

Así mismo existe elevado consenso entre los profesionales consultados en la importancia del manejo cuidadoso de la información tanto clínica como pública

y la necesidad de establecer planes para el afrontamiento de los EA con consecuencias graves para los pacientes.

Conclusiones.

Los expertos consultados han alcanzado un amplio consenso sobre las propuestas de relación honesta y sincera con el paciente, en un clima organizacional que promueva la cultura de la seguridad.

Hay amplio acuerdo entre los participantes sobre la necesidad de establecer estructuras de apoyo y atención integrales a las segundas víctimas guiadas preferentemente por profesionales cercanos, sensibles y entrenados para estas situaciones.

Se plantea como necesidad el manejo de la información a los pacientes de manera cuidadosa, así como la necesidad de entrenamiento en habilidades de comunicación.

Se recomienda la necesidad de establecer un plan que incluya las mejores prácticas para enfrentar las consecuencias de los efectos adversos que comprenda a los principales grupos de interés: el paciente y la familia en primer lugar, pero también al profesional afectado, otros profesionales, la organización y los medios de comunicación.

Son necesarias estrategias a nivel organizacional de apoyo a la segunda víctima para cuidar a los trabajadores de la salud y para mejorar la calidad de la atención. Los programas deben incluir el apoyo proporcionado inmediatamente después del EA, así como en el medio y largo plazo.

Los criterios priorizados, son coincidentes con los de otras experiencias que han abordado la atención a las segundas víctimas.

Es notoria la necesidad de seguir investigando como afectan que los programas incipientes de atención a los profesionales, los nuevos estándares de los órganos reguladores y agencias de calidad y los cambios normativos a los profesionales, pacientes y organizaciones.



Introduction

The number of clinical safety studies have increased exponentially since it became clear that in the US more patients died due to clinical errors in hospitals than drivers on North American roads and highways, however, little attention has been paid to this finding and the support that must be provided to professionals who are involved in an adverse event with serious consequences for a patient. Health professionals are the second victims of AE. When an AE occurs, there is no doubt that the first victim is the patient who suffers the direct consequences and can end up having long term problems or even losing his life. But, we must be aware of a "second victim" of the AE: the health professional who is involved in the case.

Although we have some information about these consequences in health professionals, the fact is that, because it is a traditionally difficult issue, there are gaps in the reaction of health professionals and the best way to help them to reintegrate their professional activity with greater guarantees.

Hypothesis and objectives

The basic hypothesis of the research is that recommendations to care for the second and third victims of health care (health institutions), carried out by experts, will help to prevent and cope with the consequences of AE in professionals and institutions.

The General Objective was to contribute to the development of a positive (proactive) culture of patient safety and an institutional policy through addressing the care of the second and third victims following the occurrence of a serious adverse event.

Material and method.

The study consists of two phases. In the first phase the problem of the second victims in our country was addressed, collecting recommendations from experts with the purpose of helping managers of health centers, heads of service and the professionals themselves to guide their actions and their decisions in the event of an AE with serious or very serious consequences for a patient. For this, the Metaplan qualitative research technique was carried out.

In the second phase the Delphi technique was used, determining in this way the degree of agreement between the participants regarding a proposed theme and a series of specific issues more directed to the implementation of measures that affect health professionals and the institution.

Results.

The results of our study suggest a high degree of consensus in all groups about attitudes or values that should be shared by organizations and which coincide with unquestionable ethical principles of truthfulness, transparency, and redress the harm done.

There is also a high consensus among professionals consulted on the importance of careful management of both clinical and public information and

the need to establish plans for coping with AE with serious consequences for patients.

Conclusions.

The experts consulted have reached a broad consensus on the proposals of honest and sincere relationship with the patient, in an organizational climate that promotes a culture of security.

There is broad agreement among the participants on the need to establish structures of support and integral care for the second victims, guided preferably by professionals who are trust worthy, sensitive and trained for these situations.

The management of information to patients in a cared manner as well as the need for training in communication skills is considered necessary.

It is recommended that a plan be drawn up to include the best practices for dealing with the consequences of adverse effects involving the main interest groups: the patient and the family in the first place, but also the affected professional, other professionals, the organization and the media.

Organizational strategies are needed to support the second victim to care for health workers and to improve the quality of care. Programs should include the support provided immediately after the AE, as well as in the half and long term.

The prioritized criteria coincide with those of other experiences that have addressed the care of the second victims.

The need to continue to investigate how they affect the initial care programs for professionals, the new standards of regulatory bodies and quality agencies and the normative changes to professionals, patients and organizations.



1. INTRODUCCIÓN.



La preocupación por la seguridad del paciente ha acompañado siempre a la práctica clínica. La literatura científica da buena cuenta de ello desde la antigüedad a nuestros días, de Hammurabi a Hipócrates, de Nightingale a Codman¹.

Tampoco el interés por los riesgos en la atención sanitaria es nuevo². Efectos indeseables de los medicamentos, infecciones nosocomiales, complicaciones del curso clínico y errores diagnósticos y terapéuticos han formado parte de las preocupaciones diarias de los profesionales sanitarios^{3, 4}. Barr⁵ en los años cincuenta del siglo XX vio en ellos el precio a pagar por los modernos métodos diagnósticos y terapéuticos, en tanto que Moser los denominó "las enfermedades del progreso de la medicina"⁶.

El uso del término iatrogenia, en la actualidad, no se limita exclusivamente a las consecuencias indeseables de la prescripción de medicamentos, sino que incluye toda patología añadida y relacionada con el proceso asistencial, teniendo en cuenta el desarrollo del conocimiento y el estado del arte en un momento dado y no prejuzgando la existencia de error o negligencia. En cualquier caso, el concepto de riesgo asistencial es impreciso e incluye cualquier situación no deseable o factor que contribuye a aumentar la probabilidad de que se produzca, que está en relación con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas.

La medida del riesgo ligado a los cuidados hospitalarios es una cuestión de suma importancia para el sistema de salud, tanto en su dimensión sanitaria como económica, jurídica, social e incluso mediática. En el campo de la atención a la salud y la salud pública el término riesgo presenta una serie de peculiaridades, ligándose clásicamente al estudio de la asociación causal y a la probabilidad de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida,

tales como fallecimiento, enfermedad, agravamiento, accidente, curación o mejoría.

La creciente complejidad de los sistemas sanitarios y del entorno de la práctica clínica en este tercer milenio suponen un nuevo escenario para el ejercicio de las ciencias de la salud: "La medicina, que en el pasado solía ser simple, poco efectiva y relativamente segura, en la actualidad se ha transformado en compleja, efectiva, pero potencialmente peligrosa"⁷. Y si ha de actuar ante pacientes cada vez más vulnerables, el problema se amplifica y la búsqueda de soluciones no admite demora.

La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, habida cuenta de la complejidad, tanto de la práctica clínica como de su organización. Una práctica clínica segura exige conseguir tres grandes objetivos: identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores.

La seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial que ya nadie discute en el ámbito científico. Es un término que incluye las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables, generados como consecuencia del proceso de atención a la salud, además de promocionar aquellas prácticas que han resultado más seguras, al tiempo que propicia un cambio cultural que destierre todo atisbo de cultura reactiva que culpabilice a los profesionales por sus errores. La inquietud por la calidad asistencial se centró, en la década de los años 70, en mejorar aspectos científico-técnicos. Posteriormente, en la década de los 80 y de los 90 comenzaron a plantearse actuaciones dirigidas a conseguir un uso adecuado de los recursos asistenciales y a mejorar la satisfacción de los pacientes. En el tercer

milenio, la inquietud por continuar mejorando la calidad asistencial se focaliza en esa dimensión primordial de la misma: la seguridad del paciente^{8,9}. Una temática que tiene verdadero interés sanitario, y al que las principales organizaciones internacionales de salud le dedican su atención¹⁰.

Así pues, el escenario sanitario se ha complicado en los últimos 50 años, de tal modo que el cambio cultural producido en la sociedad, ha condicionado que se haya pasado de considerar los eventos adversos como el tributo a pagar por el progreso científico a la criminalización de los errores médicos fatales¹¹.

Cabe considerar como evento adverso cualquier suceso asociado al proceso asistencial que supone consecuencias negativas para el paciente. Su trascendencia se expresa en forma de fallecimiento, lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o incremento de consumo de recursos asistenciales en relación con la atención sanitaria^{12, 13}. Detrás de cada evento adverso hay un drama humano que necesita comprensión y exige análisis. En consecuencia, el estudio de los eventos adversos tiene un abordaje a medio camino entre el análisis cualitativo del caso, buscando una atribución causal individual, apoyándose en disciplinas como la psicología, el análisis de sistemas y la opinión de expertos, soportando debilidades como son los sesgos de percepción y arguyendo fortalezas de flexibilidad y comprensión; y el análisis epidemiológico como aproximación colectiva buscando la asociación estadística para la atribución causal.

La seguridad del paciente es resultado de la interacción y el equilibrio permanente, por un lado, de una serie de condiciones latentes que incluyen la cantidad y calidad de los recursos, la llamada cultura de la seguridad y las características del contexto institucional, y por otro, de los profesionales y equipos que desarrollan su actividad en el entramado asistencial¹⁴.

Así mismo, aunque la seguridad del paciente se centra en la prevención de los eventos adversos consecuencia de la atención recibida y no en las complicaciones o consecuencias del devenir desfavorable de la historia natural de la enfermedad del paciente¹⁵, algunas características de la población atendida, como el envejecimiento, las condiciones socioeconómicas, el nivel educativo y el apoyo familiar, constituyen una amenaza para la seguridad, dado que incrementan la vulnerabilidad del paciente.

Lograr una atención sanitaria más segura requiere un aprendizaje continuo sobre como interaccionan los diferentes componentes del sistema, lo que implica: por un lado, poner en práctica aquellas actuaciones que han demostrado su efectividad para reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias; y por otro, generar, mediante la investigación, nuevo conocimiento sobre aquellos factores que pueden contribuir a mejorar la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), sensible a esta realidad, estableció en el año 2005 una Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, de acuerdo con el viejo aforismo hipocrático "ante todo no hacer daño", con seis programas de acción. El primer programa trata de la minimización de la Infección Nosocomial; el segundo sobre la Participación del paciente; el tercero sobre la Taxonomía de la seguridad del paciente, porque no parece estar demasiado clara; el cuarto sobre la investigación; el quinto sobre efectividad de las medidas de seguridad y el sexto sobre la notificación y el aprendizaje. Es cierto que el desarrollo de la Medicina, con una cada vez mayor especialización y complejidad, acarrea un peaje que conlleva, en algunas ocasiones, un daño involuntario en los pacientes. Si bien a nivel colectivo estamos dispuestos a

asumir este coste, a nivel individual, las cosas son bien distintas y resulta más difícil asumirlo.

El ciudadano espera que los centros sanitarios desplieguen un marco que garantice la seguridad de los pacientes ya que consideran, lógicamente, que quien acude a estos centros espera "salir" mejor de lo que "entra". Pero sabemos que esto no siempre es así por circunstancias bien distintas, que van desde los más frecuentes fallos de sistema a los más infrecuentes errores cometidos por una sola persona.

Desde sus inicios los sistemas sanitarios asumen el objetivo de lograr bienestar para los pacientes para lo que, entre otras acciones, proporcionan el mejor tratamiento posible o, al menos, el más apropiado dadas unas circunstancias concretas (tecnología disponible, presión asistencial, disponibilidad de recursos personales y materiales, etc.). La puesta en marcha de protocolos asistenciales o el interés por implantar guías de práctica buscan responder a un principio fundamental: "ante todo no dañar al paciente".

El número de estudios sobre seguridad clínica se ha incrementado de forma exponencial en los últimos años a raíz de la publicación de: "To Err is Human: Building a Safer Health System"¹⁶ y "Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century"¹⁷. Al poner de manifiesto que, en EE.UU., fallecían más pacientes por errores clínicos en los hospitales, que conductores en las carreteras y autopistas norteamericanas, la seguridad clínica ha sido incluida en la agenda de las autoridades sanitarias en todo el mundo; y todo ello a partir de los resultados del Harvard Medical Practice Study¹⁸. A la hora de analizar los riesgos para la seguridad clínica existen, básicamente, tres aproximaciones. Primero, las taxonomías de efectos adversos. Segundo, los estudios de cribado y revisión de historias clínicas, que permiten determinar la frecuencia de sucesos

adversos (incidentes más efectos adversos –EA-). Tercero, los estudios de percepción de pacientes sobre la seguridad clínica y la frecuencia con que sufren un evento adverso. Los datos apuntan a que la mayoría de las prácticas asistenciales logran los resultados esperados pero, también, que existe un porcentaje, importante por sus consecuencias, que no sólo no logra el resultado esperado sino que, además, provoca lesiones, daños o complicaciones inesperadas en el paciente (eventos adversos) por efecto directo de esa propia práctica asistencial. Los eventos adversos son debidos, en su mayoría, a fallos de sistema y procedimientos, errores involuntarios y también, en algún caso, a negligencias. Los errores de medicación y los fallos en la comunicación entre profesionales, o con el paciente, están en el origen de muchos de estos efectos adversos que consideramos evitables. En los estudios de screening, aun cuando los investigadores comparten una misma definición de evento adverso, existen diferencias en los objetivos que se persiguen, lo que explica las diferencias en las tasas de efectos adversos identificados en hospitales (entre un 4 y un 17% en estudios retrospectivos y hasta un 31% en estudios prospectivos). En cambio, cuando se pregunta a sujetos sanos o a pacientes sobre si han experimentado algún tipo de evento adverso, los métodos son muy distintos y los datos no son fácilmente comparables, lo que explica la horquilla tan amplia de resultados (entre un 21 y un 51% cuando se pregunta por períodos amplios de tiempo; y entre un 6 y un 13% cuando se pregunta por el último ingreso hospitalario). Hasta ahora, el enfoque de la mayoría de los estudios sobre eventos adversos se centra en las víctimas de estos sucesos y, en concreto: conocer qué los causa; y determinar sus consecuencias clínicas, económicas y judiciales; identificar alternativas para intervenir sobre ellos y reducirlos, incrementando de este modo la seguridad clínica. El tratamiento que la prensa escrita, radio o

televisión dan a las noticias sobre los eventos adversos y, en concreto, a los errores clínicos ha sido muy poco estudiado. Los pacientes que sufren un evento adverso en ocasiones con consecuencias irreparables constituyen las primeras víctimas. Con independencia de la reparación a la que hubiera lugar y de la adopción de medidas para prevenir su ocurrencia en el futuro, la ocurrencia de estos sucesos suele interesar a los medios y por ende al conjunto de la sociedad. El derecho a la información se combina, en estos casos, con los derechos de los pacientes.

Cuando un paciente sufre un EA, como resultado de una atención sanitaria concreta, es probable que interprete que se trata de una imprudencia del profesional sanitario. En definitiva, un error. Sin embargo, algunas veces son sucesos difícilmente evitables, en otras, fallos de sistema no achacables a ningún profesional concreto, otras veces, errores profesionales e, incluso en alguna otra ocasión, son atribuibles al propio paciente.

Los EA más leves suelen tener repercusiones clínicas para el paciente que implican miedo, incomodidades y dolor. Pero, mucho más importante, en otras ocasiones les supone exponerse a un riesgo innecesario y sumamente peligroso que termina provocando un daño o lesión de consecuencias graves (y en un porcentaje no despreciable con consecuencias muy graves o letales). No es raro, además, que estos sucesos tengan una importante repercusión mediática, judicial y emocional, lo que influye en la percepción que los ciudadanos tienen de la calidad de la asistencia sanitaria que reciben y a su confianza en el trabajo que realizan los profesionales sanitarios. Pero también influye, y de forma muy significativa, primero en el/los profesionales involucrados, en sus compañeros de trabajo y, en general, en el conjunto de profesionales sanitarios, modificando

su práctica profesional, afectando a su estado anímico y a su capacidad para relacionarse con los pacientes.

Hasta la fecha la mayoría de los estudios y acciones para identificar fuentes de EA se han llevado a cabo en los hospitales, si bien se han realizado algunos estudios en Atención primaria¹⁹. En los estudios en hospitales se ha identificado que aproximadamente 10 de cada 100 pacientes sufren un EA, casi la mitad con consecuencias graves. En atención primaria cada médico se enfrenta anualmente a una media de once situaciones potencialmente de alto riesgo para la seguridad clínica de sus pacientes.

Los estudios sobre la frecuencia de eventos adversos en hospitales y en atención primaria, en España y fuera de España, han puesto de manifiesto el volumen anual de incidentes en los que los pacientes sufren algún tipo de daño y que, aproximadamente hasta un 50% de los casos en hospitales y hasta un 80,2% de los casos graves en atención primaria, podrían ser evitados^{1,2}. Otros estudios de autopsias de pacientes de unidades de cuidados intensivos, han encontrado un 30% de hallazgos inesperados que podrían haber modificado el tratamiento y mejorar los resultados²⁰. Los incidentes con daño son la punta del iceberg del conjunto de incidentes, la mayoría casi errores, que se producen en el curso de la asistencia sanitaria²¹.

Detrás de todo incidente para la seguridad y con independencia de que ocasione un daño en algún paciente (primera víctima) se encuentran uno o varios profesionales que pueden verse afectados por este mismo incidente, por ejemplo, sintiéndose responsables de lo sucedido, dudando de su juicio y capacidad clínica, sintiendo miedo por las consecuencias legales que pudieran derivarse y experimentando flashback, ansiedad, aislamiento, trastornos del sueño que pueden derivar en un síndrome de estrés postraumático en los casos

más graves⁴. El estudio de las consecuencias profesionales y emocionales en los sanitarios que se ven involucrados de los incidentes para la seguridad de los pacientes ha pasado hasta ahora prácticamente desapercibido. Sin embargo, su impacto es alto y sus consecuencias merecedoras de mayor atención.

En estudios de screening, seguidos de una revisión de historias clínicas, la tasa de EA en hospitales oscila entre el 2,9% y el 16,6%. De estos, aproximadamente un 50% se consideran que podrían haberse evitado de forma sencilla. Las reacciones a los medicamentos son, por lo que sabemos, el EA más frecuente (19%), seguido de las infecciones nosocomiales de herida quirúrgica (14%). La mayoría de los EA (casi $\frac{3}{4}$) tienen consecuencias leves y perfectamente reversibles. Sin embargo, 1 de cada 10 tienen consecuencias permanentes o fatales²².

En el estudio ENEAS, realizado en España²³, se ha comprobado que los pacientes ingresados en un hospital pequeño tienen 1,5 veces más riesgo de sufrir un EA que los que ingresan en uno grande. También, se ha comprobado que los mayores de 65 años con factores de riesgo extrínsecos tienen un riesgo 2,5 veces mayor; y que una hospitalización de más de una semana representa un riesgo 3,5 veces mayor²⁴.

En Atención Primaria los datos aportados tras analizar un total de 26.126 reclamaciones de pacientes hablan de un 23% de casos en los que se ha verificado un error médico (siendo los de diagnóstico los errores más frecuentes). En España el estudio APEAS sugiere que la tasa de EA por consulta es del 11,18‰ (10,52-11,85‰). Una de las causas frecuentes de un peor curso evolutivo de la enfermedad de base reside en la comunicación médico-paciente (25,3% de los casos estudiados), resultando que un 82,8% de estos EA es evitable²⁵.

En los estudios realizados se han identificado causas frecuentes de EA, se ha elaborado su taxonomía, se han descrito sus consecuencias y propuesto medidas para prevenirlos o reducir su efecto. En paralelo, con el impulso de la OMS, se ha puesto en marcha la denominada Alianza de los pacientes por la seguridad de los pacientes. Sin embargo, prácticamente nada (o muy poco y de forma muy localizada) se ha trabajado sobre las consecuencias que el EA tiene en los profesionales sanitarios.

Si tomamos como medida los trabajos de investigación dedicados a la Seguridad del Paciente, en la base de PubMed, podemos encontrar solo en el año 2.010 hasta 4.200 estudios sobre Seguridad del Paciente. En contraste, desde los orígenes de Medline hasta 2013, los trabajos de investigación relacionados con las Segundas Víctimas apenas alcanzan la veintena. En una extensa búsqueda conducida por Deborah Seys²⁶ en las bases de datos Medline, Embase and Cinahl, desde su existencia hasta septiembre de 2010, se pudieron identificar solo 21 artículos de investigación y 10 artículos de opinión. Si bien ya hay descritas varias acciones de atención para la segundas víctimas, estrategias que incluyen apoyo organizado a nivel organizacional, nacional e internacional.

El Eurobarómetro de la Comisión Europea, sobre la percepción ciudadana de los errores médicos, cifra en el 9% el porcentaje de europeos que considera que se tiene una alta probabilidad de ser víctima de un error durante la estancia en un hospital de su país. Según este estudio, 3 de cada 4 europeos (78%) perciben los errores médicos como un problema importante en su país y un 38% entiende que se trata de un problema muy relevante. Es en el Sureste de Europa y en los países del Este donde los ciudadanos se muestran más preocupados por la posibilidad de sufrir un error médico²⁷. Como veníamos comentando los

estudios que centran la pregunta en Atención Primaria no han despertado el mismo interés.

Por lo que sabemos quienes han vivido un error médico en su historia, o en la de sus familiares, son quienes, lógicamente, entienden que constituye un problema más importante (53% vs. 33%). Italia (61%), Polonia (54%) y Latvia (50%) encabezan la lista de países en los que sus ciudadanos entienden que los errores médicos son un problema muy importante, mientras que Finlandia y Dinamarca cierran esta lista. Las mujeres, las personas de mayor edad y las personas con un menor nivel educativo son quienes, en términos generales, tienden a mostrarse más preocupados por los errores médicos.

La atención sanitaria no se espera que produzca daño sino que debe generar beneficios para el paciente. La ocurrencia de cualquier anomalía que contradice lo que cabe esperar alcanza notoriedad en la prensa per se. La sospecha es que la sucesiva relación de noticias por distintos medios sobre las condiciones y consecuencias en las que se produce un efecto adverso contribuye a que las consecuencias sobre las segundas víctimas sean más severas y a que la extensión del número de segundas víctimas se incremente de forma exponencial.

Según los datos aportados por la Fundación Kaiser, en EE.UU. el porcentaje de ciudadanos preocupados por la seguridad clínica es 15 puntos porcentuales superior al de americanos que declaran estar preocupados por la seguridad aérea. En este mismo país, en dos estudios publicados en 2002, se suceden la cara y la cruz de la misma moneda²⁸. En el primer estudio conducido por el profesor Blendon los errores médicos no fueron vistos como un problema importante del Sistema Sanitario Americano²⁹. En cambio, en el estudio de Robinson et al³⁰ la reducción de los errores médicos fue una prioridad que

merecía, para 9 de cada 10 encuestados, una especial atención por parte de las autoridades sanitarias. En Australia un 5,2% de la población, en estudios basados en encuestas como los anteriores, se han mostrado preocupados por su seguridad clínica en caso de ingreso hospitalario. Las mujeres, personas con edades entre 40 y 59 años, los residentes en una zona metropolitana y quienes tenían unos ingresos de más de 80.000 dólares australianos anuales, eran quienes mayor percepción de inseguridad tenían. Esta percepción de seguridad clínica de los ciudadanos parece como vemos muy variable. Mientras que en Europa un 48% afirman sentirse seguros en los hospitales, solo un 23,3% de australianos se consideran plenamente seguros. Las razones de esta discrepancia pueden obedecer a razones bien diversas, entre las que hay que incluir el propio enfoque de los estudios basados en encuestas. No obstante, señalan dos cuestiones clave. La primera, que hay un importante número de personas a quienes la seguridad clínica les preocupa. La segunda, que la cercanía a un "posible" error médico despierta esta preocupación.

La mayor capacidad del paciente para participar en las decisiones que afectan a su salud, incluida la capacidad de elección de centro y de profesionales, incide probablemente en esa mayor preocupación por la calidad y por la seguridad clínica. El Instituto Picker, en su estudio sobre el perfil del paciente europeo, concluyó hace un par de años que el paciente desea cada vez más conocer detalles acerca de su enfermedad, de las alternativas terapéuticas y de los posibles riesgos o complicaciones.

Los profesionales de la salud constituyen las segundas víctimas de los EA. Cuando se produce un EA no cabe duda que la primera víctima es el paciente que sufre las consecuencias directas y puede llegar a tener secuelas importantes durante mucho tiempo o, incluso, perder la vida. Pero, hemos de ser

conscientes de una "segunda víctima" del EA: el profesional sanitario que se ve involucrado en el mismo.

El término "segunda víctima" fue introducido por Wu en 2000 para referirse al profesional que participa en un EA inevitable y que queda traumatizado por esa experiencia o que no es capaz de afrontar emocionalmente la situación³¹. Unos años más tarde, Scott et al. (2009) ampliaron esta definición haciendo referencia a todo profesional sanitario que participa en un EA, un error médico o una lesión inesperada relacionada con el paciente y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso³². Estos dos autores (Albert Wu de la Universidad Johns Hopkins y Susan Scott del Hospital de la Universidad de Missouri) son, en la actualidad, las dos referencias internacionales más citadas en el estudio de las segundas víctimas.

Así pues, el concepto de "segunda víctima" no es nuevo pero sí su acepción y los programas para afrontar las consecuencias personales, profesionales y familiares que conlleva un EA. Uno de estos programas, que cuenta con mayor trayectoria, es gestionado por la Universidad de Missouri (UMHC)³³.

Aunque disponemos de alguna información sobre dichas consecuencias en los profesionales lo cierto es que, por tratarse de un tema tradicionalmente de difícil abordaje, existen lagunas sobre cuál es la reacción de los profesionales y la mejor manera de ayudarles para reintegrarse a su actividad profesional con las mayores garantías para los pacientes, sus colegas y el propio Sistema Sanitario.

Por lo que sabemos de la experiencia de Missouri y a tenor de los datos indirectos de los estudios ENEAS y APEAS, cabe esperar que hasta un 15% de la plantilla de profesionales sanitarios se vea involucrado en un EA anualmente.

De estos, una proporción significativa cabe esperar que genere una respuesta de ansiedad, síntomas afectivos y preocupación mórbida por su rendimiento y capacidad profesional que llega a afectar a su toma de decisiones.

Esta afectación, por lo que sabemos, es distinta en su manifestación entre hombres y mujeres, resultando este último colectivo más vulnerable. En concreto, se han aislado como más frecuentes, reacciones de: frustración, flahsbacks, dificultades de concentración y tristeza en mujeres, mientras que en hombres es más frecuente: insatisfacción laboral, ira y frustración.

La importancia de contar con un programa de análisis y atención a segundas víctimas radica, fundamentalmente, en el hecho de que puede ser predecible la reacción ante un EA y que pueden prevenirse o reducirse, por tanto, sus consecuencias.

Desde la Universidad de Missouri se ha descrito un modelo teórico que representa la "trayectoria" de la segunda víctima tras producirse un EA en 6 etapas. Las 4 primeras acontecen en la esfera personal de la segunda víctima, mientras que las 2 siguientes suponen un paso adelante para obtener alivio emocional buscando activamente ayuda³⁴. No obstante, se encuentra en desarrollo y requiere de un mayor análisis.

Inciden particularmente en la situación de estas segundas víctimas diferentes factores. Cabe citar: consecuencias que para el paciente tiene el EA, relación con paciente y familiares del paciente, el número de profesionales involucrados en el mismo EA, apoyo profesional y del entorno familiar que reciba el profesional, experiencia previa con este tipo de sucesos, tratamiento mediático del suceso, consecuencias judiciales que pudieran derivarse, apoyo profesional que pueda recibir el profesional.

Otro efecto frecuente en los profesionales implicados en un incidente es que su desempeño profesional se ve afectado. Las prácticas defensivas se vuelven más frecuentes, contribuyendo a un círculo vicioso de perturbaciones emocionales y nuevos errores.

De especial relevancia es el tratamiento mediático del suceso adverso. La prensa contribuye a dibujar la imagen que del sistema sanitario, sus centros y profesionales tienen los ciudadanos. Según algunas fuentes un 48% de los ciudadanos declaran tener como principal fuente de información sobre errores clínicos a la prensa. Nuestros propios estudios revelan que un lector habitual de periódicos en España se encontraría de media entre 2 y 10 noticias sobre errores al mes, en función de si lee un periódico de tirada nacional y otro local, o sólo uno local³⁵.

Las segundas víctimas cambian su forma de interactuar con los pacientes a partir de la ocurrencia de un EA con consecuencias graves, su modo de práctica se vuelve inseguro en más de la mitad de los casos, su situación afectiva se ve alterada y, por los escasos estudios de que disponemos, sienten dudas sobre su criterio profesional que afecta a la calidad de la atención que brindan a otros pacientes. Si bien los estudios sobre seguridad clínica se han incrementado de forma exponencial, también en nuestro ámbito; hasta la fecha en España no se ha abordado el análisis de las situaciones que inciden en las segundas víctimas pese a la importancia que tiene para la calidad asistencial. Los pacientes que sufren un EA, en ocasiones con consecuencias irreparables, constituyen las primeras víctimas. El estudio de las consecuencias profesionales y emocionales en los sanitarios que se ven involucrados en los EA ha pasado hasta ahora prácticamente desapercibido, aunque estas segundas víctimas suponen una pérdida que ningún sistema de salud debería permitirse, lo que ha conducido a

la implementación de programas de apoyo a los profesionales afectados, especialmente en USA^{36, 37, 38}.

Los estudios sobre el fenómeno de las segundas víctimas coinciden en que algo más del 60% de los profesionales se encuentran afectados por esta situación, con distinta intensidad según el tipo y consecuencias del incidente en el que se hayan visto involucrados^{39, 40}.

En España un reciente estudio⁴¹ que incluye a profesionales de hospitales y de atención primaria sitúa esta cifra en el 72,5% (IC 95% 69-77%) en hospitales y en el 62,5%, (IC95% 59-66%) en atención primaria en el período de los 5 años anteriores al estudio. En atención primaria la proporción de médicos afectados por esta sintomatología afectiva era superior al de enfermeras mientras que en hospitales esta relación estaba equilibrada. La respuesta emocional más frecuente fueron sentimientos de culpa (59% de los casos), ansiedad (50%), revivir el suceso –flashbacks- (42%), cansancio/desgana (39%), insomnio (38%), dudas/inseguridad en lo que se hacía (33%). Este estudio puso sobre la mesa un dato del que poco se habla: un 3% abandona la profesión al no sentirse capaces de continuar.

El efecto de este sufrimiento y del propio incidente en los colegas de la segunda víctima no ha recibido apenas atención. Sin embargo, un estudio¹⁴ realizado en España ha llegado a la conclusión de que la primera reacción es la de sorpresa a la que sigue muchas veces hacer el vacío a la segunda víctima, acompañado de no querer involucrarse ni saber nada de lo sucedido. Además, los rumores tras los incidentes que se difunden por canales informales de información producen un daño adicional a las segundas víctimas.

Entre los programas de intervención para ayudar a las segundas víctimas el

programa forYOU¹⁵ dirigido por S. Scott en el hospital de la Universidad de Missouri es probablemente el más sólido. Este programa toma en consideración las etapas por las que pasan las segundas víctimas y se estructura de tal forma que intenta dar una respuesta proporcional a las necesidades emocionales de los profesionales según el momento en el que se encuentran. El equipo forYOU proporciona una especie de «primeros auxilios emocionales», diseñados para proporcionar apoyo en situaciones de crisis e intervenir en el manejo de estrés ante situaciones especialmente difíciles, tales como eventos clínicos traumáticos, fracaso de los esfuerzos de rescate después de una intervención prolongada, resultado inesperado para el paciente, muerte de un niño, y otras situaciones emocionalmente difíciles y estresantes. Los miembros del equipo se ubican dentro de las áreas clínicas de alto riesgo. Utilizan un modelo de tres niveles, basado en la evidencia, para facilitar la transición de la segunda víctima a través de seis etapas de recuperación emocional. El objetivo final del equipo forYOU es ayudar a los empleados a recuperar su línea base de rendimiento (nivel pre-evento) tras la ocurrencia de un evento traumático. En este programa se definen 3 niveles de intervención: el primer nivel es de apoyo local, por los colegas de la segunda víctima, entrenados en escucha activa; el segundo nivel de ayuda se realiza por profesionales del propio centro de la segunda víctima que han sido entrenados específicamente para ello. Estos profesionales forman parte del programa. El tercer nivel incluye la derivación a psicólogos clínicos u otros profesionales si la afectación persiste o incrementa su intensidad.⁴²

Los resultados del programa evidencian que el 60% de las segundas víctimas se recupera con el apoyo de los profesionales más cercanos, el 30% con consejo directivo de técnicos en seguridad, gestores de riesgo y otros recursos de la institución. Solo el 10% de los profesionales afectados precisa recurrir a apoyo

externo al hospital⁴³.

Teniendo en cuenta el número potencial de segundas víctimas, y visto que no se han puesto en marcha medidas para afrontar estas situaciones, parece aconsejable implantar medidas para enfrentar estas situaciones y reforzar una «justa cultura» de seguridad⁴⁴.

Otro aspecto ligado a la experiencia de segunda víctima es lo que se conoce como «open disclosure» y que se refiere a la comunicación franca con el paciente (o sus familiares) víctima de un evento adverso. Se trata de la revelación abierta, transparente, continúa, sincera y con expresión auténtica de pesar y ayuda a los pacientes y familiares víctimas de un EA.⁴⁵ La tradición paternalista en la práctica de la medicina y de la enfermería ha venido favoreciendo que los errores fueran ocultados o encubiertos, prevaleciendo una cultura defensiva.

Actualmente este modo de proceder es inaceptable y existe consenso generalizado entre los profesionales, los pacientes y las organizaciones sanitarias sobre la obligación de informar sobre los daños provocados por un error o evento adverso, incluyendo los motivos del daño y las medidas adoptadas para evitar su recurrencia⁴⁶. Existen múltiples argumentos éticos y legales que avalan este proceder^{47, 48, 49, 50, 51}.

Informar a la primera víctima de un EA no es nada fácil. Existen múltiples barreras que entorpecen este delicado proceso y su aplicación en la práctica, por lo que no es de extrañar que algunos estudios sugieran que esta información franca solo se proporciona en el 30% de los casos⁵². Entre las dificultades para proporcionar esta información se señala especialmente el temor a ser demandado⁵³, sin embargo, en contra de lo que piensan muchos profesionales,

no hay una relación clara entre la información sobre el error y la posibilidad de ser demandado. Existen experiencias en sociedades como USA, donde la judicialización de los daños derivados de la asistencia sanitaria es frecuente, y la implantación de programas expresos de «open disclosure» apoyados institucionalmente han ofrecido resultados en términos de disminución de confrontaciones en los tribunales⁵⁴. Por el contrario, la falta de información es señalada por los pacientes afectados en ocasiones como la principal motivación para interponer una reclamación judicial⁵⁵.

En el caso español⁵⁶ un 28% de los directivos sanitarios y un 36% de los profesionales consideran que los pacientes son correctamente informados tras un EA. El resto opina lo contrario. Menos del 20% de los profesionales (17% de médicos y 20% de enfermeras) han recibido formación sobre cómo informar a los pacientes.

Podemos encontrar gran alivio al admitir un error, y que, frente a un médico que pide disculpas y empatiza, los pacientes y las familias pueden ser sorprendentemente indulgentes. Runciman nos propone unas pautas de actuación cuando las cosas han funcionado mal⁵⁷.

Considerando el conjunto de argumentos éticos, legales y también de orden práctico es por lo que se han puesto en marcha programas que apoyen esta necesidad de transparencia y que el proceso se desarrolle en las mejores condiciones y alejados de peligrosas improvisaciones^{58, 59, 60}.

Es cierto, el hecho que desde el punto de vista estrictamente jurídico en muchos países (Estados Unidos, Dinamarca, Suecia entre otros) se han establecido previsiones legales específicas al objeto de garantizar la indemnidad legal del notificante frente a su entorno laboral y al judicial, y este es un avance

pendiente en España. La posible vinculación de un evento adverso a un supuesto de responsabilidad, conocida por los profesionales sanitarios, constituye un obstáculo objetivo para la implantación de un sistema de notificación de eventos adversos y también de información abierta al paciente, que dificulta el proceso.

Otra dificultad añadida en nuestro país es la carencia o insuficiencia del desarrollo de procedimientos extrajudiciales de resolución de conflictos derivados de eventos adversos sancionables y/o indemnizables vinculados a las prestaciones sanitarias (procedimientos de arbitraje y de mediación, compensación del daño evitable sin culpa, etc.), sobre lo que también existen importantes y consolidados precedentes comparados.

En esta dirección debe orientarse el sistema sanitario hacia el futuro, pero exige un cambio de cultura profesional, y sobre todo, una disposición clara para asumir las responsabilidades individuales y jurídicas que se derivan de esta necesidad de transparencia, intachable desde el punto de vista ético⁶¹.

En España, recientemente se ha constituido el Grupo de Investigación en Segundas Víctimas (<http://calite.umh.es/segundas-victimas>). En esta dirección del estudio español en Segundas Víctimas se puede acceder a un programa de intervención que tiene por objetivo sensibilizar al conjunto de profesionales sanitarios adelantándose a las situaciones de conflicto que se sabemos se viven tras un casi error o un evento adverso. En este enlace se pueden ver una serie de videos que representan situaciones problema tipo, en las que primero se expone un ejemplo de lo que no sería recomendable hacer y, después, la misma situación actuando los protagonistas de una forma que se considera más aconsejable.

Además del impacto que los EA tienen sobre los pacientes y los profesionales sanitarios implicados, éstos también pueden provocar la pérdida de prestigio y disminución de la confianza en las instituciones sanitarias (terceras víctimas). Esta visión de las instituciones sanitarias como tercera víctima fue introducida por Charles Denham en 2007. Las consecuencias en las terceras víctimas y cómo afrontarlas apenas han sido estudiadas aunque se ha sugerido la elaboración de un plan de crisis junto a otras medidas para prevenir la pérdida de prestigio de la institución⁶².

En definitiva, los pacientes deben ser contemplados como protagonistas de su seguridad, en línea con los pronunciamientos estratégicos de la OMS y la evidencia de que pueden ser agentes activos en la mejora de la seguridad y la comprensión del funcionamiento de los servicios que los asisten, informados de los planes y políticas institucionales y del compromiso de transparencia para reforzar la seguridad cuando se producen eventos adversos^{63, 64, 65}.

Es necesario revertir la ausencia de normas organizacionales que apoyen la transparencia y combatan la falta de información y la información incompleta y desordenada. También introducir un enfoque sistémico de los eventos adversos, más que la búsqueda de responsabilidades individuales. No se trata de abrir un debate corporativista sino reconocer que los estímulos a la ocultación nos privan de información valiosa para evitar la repetición del daño. En este sentido, el debate de alcance político debe incluir el estatus jurídico de esta información como ya se ha avanzado en otras legislaciones nacionales.

Para evitar el daño de manera prospectiva, el profesional, está éticamente obligado a desplegar los mejores estándares de calidad científico técnica y un uso correcto de los recursos, reforzando así los principios de no maleficencia y justicia. Pero si ese daño ocurre, a pesar de todo, entonces el profesional deberá

ser capaz de asumir personalmente las obligaciones derivadas retrospectivamente de ello.

La seguridad del paciente y el bienestar de los profesionales estarán bien atendidos si somos capaces de ser más honestos en relación con nuestros errores, para con los pacientes, nuestros colegas, y nosotros mismos⁶⁶.



2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.

El término Cultura de seguridad (CS) fue introducido por la International Atomic Energy Agency (IAEA) tras el accidente nuclear de Chernóbil en el año 1986. La CS es un concepto complejo que, a día de hoy, acepta más de una definición. La European Society for Quality in Healthcare⁶⁷ la define como el modelo integrado de comportamiento individual y organizativo, basado en creencias y valores compartidos, continuamente orientado a minimizar los daños asociados a la atención sanitaria.

Por su parte, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente⁶⁸ se refiere a la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) como el resultado de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, así como el estilo y la competencia con la gestión de la salud y la seguridad de la organización. La CSP representa los aspectos más estables y duraderos de una organización, definen como es y explica porqué ocurren las cosas. El clima de seguridad define lo que sucede en un momento dado y es el componente medible de esa CS^{69,70}.

Tradicionalmente, la cultura de seguridad ha sido una prioridad para las organizaciones de alta fiabilidad como el sector nuclear, aeronáutico o petroquímico, entre otros⁷¹. La falta de percepción en el mundo sanitario sobre el hecho de que nos movemos en un sector de alto riesgo, ha hecho que la implementación de esta CS en nuestro ámbito no se haya producido hasta hace poco. Todavía hoy, cuesta implementar la CS a pesar de sus reconocidos beneficios^{72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87}. Gracias a estas organizaciones, hemos aprendido y exportado sus conocimientos para aplicarlos en nuestro medio.

Cada organización posee una cultura que es lo que la diferencia de las demás y ésta se define como el conjunto de normas y valores de aquellos que la integran. Schein la define como *"el patrón de supuestos básicos que un determinado grupo ha inventado, descubierto o desarrollado en el proceso de aprender a resolver sus problemas de adaptación externa y de integración interna y que funcionaron suficientemente bien a punto de ser consideradas válidas y, por ende, de ser enseñadas a nuevos miembros del grupo como la manera correcta de percibir, pensar y sentir en relación con estos problemas"*⁸⁸.

Por lo tanto, una organización con una CS positiva se caracteriza por tener:

- Entorno no punitivo ante la notificación de EA.
- Cooperación cordial entre Unidades/Servicios.
- Comunicación basada en la confianza mutua.
- Es capaz de promover la formación en SP entre los profesionales.
- Creencia en las medidas preventivas.
- Impulso por parte de la Dirección/Gerencia de actividades relacionadas con la SP.
- Liderazgo de los Jefes de Servicio/Supervisores en SP.
- Capaz de reconocer que trabajamos en un sector de riesgo con consecuencias tanto para el usuario como para el profesional.

Estas serían las condiciones ideales para la promoción de medidas que evitasen los EA. Por desgracia, nos encontramos muchas veces con dificultades de origen multifactorial que hacen que estas condiciones no se lleven a cabo.

Para mejorar la cultura de seguridad se debe continuar desarrollando acciones dirigidas a medir y mejorar el clima de seguridad de los profesionales, informar y formar a todos los profesionales del SNS en temas de seguridad, fomentar la formación en cuidados efectivos, entrenar a los equipos de trabajo en gestión de

riesgos, fomentar el liderazgo en seguridad, comunicar y aprender de los incidentes y mantener informados a los profesionales de los datos de evaluación de sus centros sanitarios estimulando su participación activa en las mejoras propuestas.

Guldenmund⁸⁹ propone tres tipos de aproximación dentro de la CS de una organización: la académica, la analítica y la pragmática.

- La primera de ellas refleja la historia de la organización y ésta es un elemento que influye en el presente de la cultura organizativa. Tiene como objetivo describir y entender la CS.
- La aproximación analítica, considera la cultura como inherente a la organización. Ésta se define como un constructo multidimensional que se mide para obtener información relativa a los diferentes ítems y dimensiones. De algún modo, lo que pretende es transformar la cultura organizativa. Uno de los instrumentos más utilizados para analizar la cultura bajo este enfoque son los cuestionarios como método cuantitativo.
- Por último, el enfoque pragmático se centra en el desempeño de la organización. Se piensa que aquellas que posean un buen rendimiento, tendrán una buena CS. Dicha cultura organizativa, es interpretada como un estadio de madurez en el que el objetivo es avanzar hacia el siguiente estadio. Este tipo de enfoque es el que se asume cuando se pretende hacer algún cambio o desarrollo organizativo.

En definitiva, tres son las víctimas asociadas a los eventos adversos de la atención sanitaria, el paciente (y su familia), el profesional sanitario y la organización (institución sanitaria –centro de salud/hospital).

Durante la última década se ha centrado la atención de la Seguridad del Paciente en la primera víctima, ya ha llegado el momento, porque la sociedad está suficientemente madura para dedicar la atención a la segunda y tercera víctima de la atención sanitaria.

Recientemente el Ministerio de Sanidad ha incorporado nuevas necesidades en relación con esta cultura de seguridad, incorporando los términos de primera, segunda y tercera víctima concretamente dentro de la línea estratégica nº 2, "prácticas clínicas seguras", se propone como Objetivo general "el promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de eventos adversos graves en los centros sanitarios ⁹⁰:

"Cuando se produce un evento adverso, y especialmente cuando este ha producido un daño grave al paciente, los pacientes y sus familiares (víctimas principales) deben ser apoyados por la organización y recibir la información adecuada de las circunstancias acaecidas, así como de las consecuencias y de las acciones a desarrollar para responder a sus necesidades. A su vez, los profesionales sanitarios implicados en el evento adverso (segundas víctimas) deben contar con el soporte institucional para poder informar abiertamente de lo sucedido y recibir apoyo para su integración en la labor asistencial sin secuelas".

"Las organizaciones sanitarias deberían de adoptar una actitud proactiva que se adelante a las situaciones de conflicto, contando con protocolos y procedimientos para responder adecuadamente a pacientes y profesionales cuando se produce un evento adverso grave, teniendo además en cuenta acciones para mantener o reestablecer el prestigio de la organización (tercera víctima) y la confianza de los usuarios en la misma".

Hasta aquí, la justificación en su marco teórico, académico, pero también hay motivaciones personales para este trabajo. En general nuestras percepciones directas tienen prioridad como fuente de creencia racional y esta motivación viene siempre de la mano de las emociones, en mi recorrido profesional y de mis vivencias, compartidas con compañeros, amigos y pacientes, a veces en situaciones muy duras.

La seguridad no es un hecho que se mide, es un valor que se estima y cuando nos adentramos en esa estimación, con el ánimo de avanzar en ese valor de la seguridad, surgen nuevas preguntas sobre aspectos que atender, como cuando se extraen cerezas de una cesta.

Los episodios de profesionales cercanos, que se han visto afectados por un evento adverso es una eventualidad que también ha hecho alguna marca en mi biografía.

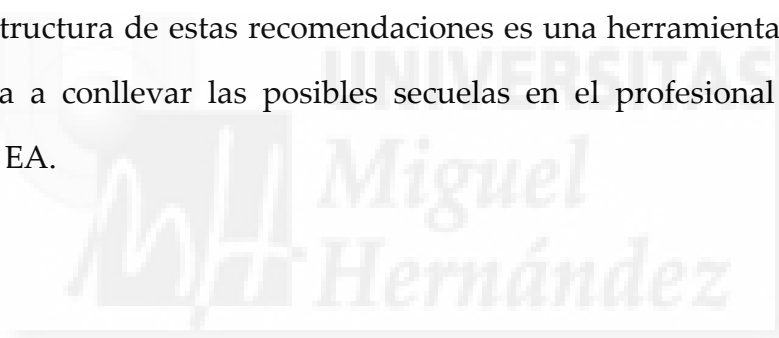
3. HIPÓTESIS.



La hipótesis básica de la investigación es que las recomendaciones para atender a las segundas y terceras víctimas de la atención sanitaria, realizadas por expertos ayudarán para la prevención y el afrontamiento de las consecuencias de los EA en los Profesionales sanitarios.

Las hipótesis específicas son:

1. Es posible elaborar operativamente una batería de recomendaciones relevantes y válidas que ayuden a los profesionales que son considerados como segundas víctimas.
2. La estructura de estas recomendaciones es una herramienta viable como ayuda a conllevar las posibles secuelas en el profesional sanitario de estos EA.



4. OBJETIVOS.



Objetivo General.

El Objetivo General fue contribuir al desarrollo de una cultura positiva (proactiva) de seguridad del paciente y de una política institucional a través del abordaje la atención a las segundas y terceras víctimas tras la ocurrencia de un evento adverso grave.

En este estudio se pretendió elaborar de forma sistemática un conjunto de recomendaciones con el propósito de ayudar a directivos de centros sanitarios, responsables/ jefes de servicio o de unidad y a los propios profesionales sanitarios a adoptar decisiones y guiar sus actuaciones en el caso de ocurrencia de un evento adverso con consecuencias graves o muy graves para un paciente o conjunto de pacientes.

Objetivos específicos.

Concretamente, se plantearon los siguientes dominios a abordar para establecer recomendaciones:

1. Evaluar el efecto del evento adverso en profesionales sanitarios directamente implicados, y el análisis del mismo, para minimizar sus consecuencias y favorecer su reintegración práctica clínica.
2. Hacer un listado de recomendaciones acerca del qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente, o a sus familiares, víctimas de EA con consecuencias graves.
3. Definir el procedimiento para informar a los medios y definir la política de comunicación en caso de EA.

Objetivos complementarios metodológicos.

1. Establecer en la política de seguridad del centro el rol de los planes de actuación con segundas y terceras víctimas.
2. Establecer un argumentario de forma consensuada de cómo formular una disculpa al paciente sin que signifique un reconocimiento de culpa.
3. Establecer recomendaciones que ofrezcan información y límites apropiados para, al mismo tiempo, asegurar transparencia y preservar la seguridad jurídica de los profesionales (con indicaciones sobre qué y cómo notificar y con indicaciones para el momento inmediatamente posterior al EA para el profesional más directamente involucrado y para el equipo de análisis de la situación).
4. Aportar sugerencias para reforzar la cultura de seguridad de los profesionales en aquellos centros que se plantean implantar sistemas de notificación y que deben afrontar superar la barrera del recelo ante posibles consecuencias legales y actuariales.

5. MATERIAL Y MÉTODOS.

Diseño y procedimiento de la primera fase.

Para la consecución de los objetivos del trabajo, en primer lugar, se efectuó un análisis de la literatura científica y un estudio pormenorizado de experiencias. Una vez concluida la fase anterior, se realizó un estudio basado en técnicas de investigación cualitativa mediante la participación de diferentes profesionales, buscando consenso.

Las técnicas de investigación cualitativas se orientan hacia el descubrimiento de fenómenos mediante su explicación y comprensión^{91, 92}. Precisamente la generación de ideas, fue la aproximación metodológica correcta para cubrir la primera parte del trabajo.

Al tratarse, en su primera fase, de un estudio cualitativo, los sujetos participantes no fueron elegidos al azar, sino basándonos en criterios consensuados, seleccionando profesionales de reconocido prestigio y experiencia dilatada con ganas de colaborar y aportar. En realidad, la elección de los participantes, fue uno de los elementos claves, ya que la validez interna, es decir, la credibilidad y la externa, su aplicabilidad, recaen en las personas que participen y cómo sean coordinadas por el investigador.

Criterios de selección de los profesionales participantes

1. Profesionales con más de 3 años de experiencia laboral.
2. Profesionales de reconocido prestigio en sus ámbitos de trabajo
3. Profesionales motivados con aspectos relacionados con la mejora de la calidad.
4. Profesionales que participen de manera voluntaria.

En esta fase, el tamaño de la muestra, como es lógico, no se determinó en función de significación estadística, sino basándonos en criterios de saturación de la información obtenida, es decir, a la calidad y suficiencia de los parámetros que se fueron obteniendo. Por lo tanto, el tamaño de la muestra de participantes fue conveniente al objeto de estudio y suficiente para recoger la información necesaria.

En la primera fase de nuestro estudio se pretende abordar la problemática de las segundas víctimas en nuestro país, recogiendo recomendaciones de expertos con el propósito de ayudar a directivos de centros sanitarios, jefes de servicio y a los propios profesionales a guiar sus actuaciones y sus decisiones en el caso de ocurrencia de un EA con consecuencias graves o muy graves para un paciente.

Para ello se llevó a cabo la técnica de investigación cualitativa Metaplan. El equipo investigador definió los temas clave a debatir por los expertos invitados. Participaron en la técnica un total de 28 profesionales distribuidos en tres grupos de trabajo. Los expertos procedían de 11 hospitales, tres medios de comunicación, tres gabinetes jurídicos, dos universidades y expertos invitados de servicios centrales de dos comunidades autónomas y de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

A los participantes se les presentó cada una de las cuestiones predefinidas para que de forma individual formularan propuestas y después, en grupo, debatiesen sobre las mismas.

La técnica Metaplan combina elementos tanto de grupo nominal como del grupo focal. En la aplicación de la técnica, y una vez se definieron los temas a debatir utilizando una serie de cuestiones clave definidas por el equipo investigador, conforme a los objetivos especificados, con sus correspondientes

preguntas racimo para guiar las sesiones de trabajo y asegurar que todos los temas relevantes para el proyecto se abordasen de forma escalonada y ordenada y seleccionados los participantes, se presentó cada una de las cuestiones clave predefinidas para que de forma individual formularan propuestas y en grupo debatiesen sobre las mismas (se trabajó con un total de 3 grupos).

Cada uno de los grupos se estructuró siguiendo un guión temático. En esta fase se incluyeron una serie de cuestiones, que de forma previa habían sido establecidas por los investigadores del estudio, si éstas no hubiesen surgido de forma espontánea (preguntas racimo).

Finalmente, con el objetivo de identificar aquellas ideas sobre las que existió mayor consenso, se pidió a los participantes de los 3 grupos que ponderasen cada una de las ideas propuestas y aquellas que habían surgido durante el debate a través de un sistema multivoto. Se recurrió a un sistema de votaciones personales por radiofrecuencia. El rango establecido de votaciones fue de 0 a 5 puntos, donde el 0 significaba que no estaban de acuerdo con la idea propuesta y 5 que estaban totalmente de acuerdo con la idea propuesta. El criterio para establecer este rango de votaciones, fue el determinado por la propia aplicación radiofrecuencia que utiliza este sistema.

El reclutamiento de expertos se realizó por miembros del equipo de investigación, realizando una jornada de trabajo con 3 grupos: El primer grupo estuvo constituido por: 1 catedrático de psicología social, 1 intensivista, 1 directora de laboratorio de hospital, 1 psiquiatra y 5 responsables y técnicos en gestión de la calidad y seguridad.

Un segundo grupo compuesto por: 1 preventivista en riesgos laborales, 2 gerentes de hospital, 2 directores y subdirectores generales de calidad y 5 juristas expertos en el ámbito asistencial (internos y externos). El tercer y último grupo estuvo compuesto por: 1 catedrático en ciencias de la información, 4 periodistas, 1 jefe de servicio, 1 preventivista, 1 intensivista y un gerente de Hospital. La selección de los expertos participantes siguió el método denominado "bola de nieve".

Como se puede apreciar una constante que se mantuvo en todos los grupos es la participación tanto de clínicos como de directivos expertos en temas de seguridad clínica y con conocimiento de la temática del tema planteado al grupo.

Una vez aceptadas las invitaciones a los grupos de trabajo participaron un total de 28 profesionales procedentes de 11 hospitales de la Comunidad de Madrid y Alicante, 3 medios de comunicación, 3 gabinetes jurídicos de la Comunidad de Madrid, 2 Universidades, Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y representantes del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Las sesiones de trabajo que tuvo lugar en junio de 2010, duraron aproximadamente 2 horas. Las respuestas a las preguntas fueron registradas a través de una grabadora de audio, siempre contando con el permiso de los participantes.

El análisis de la información se realizó a partir de las grabaciones en las sesiones para realizar un análisis de categorías mutuamente excluyentes, intensidad de la recomendación: medida en términos de la ponderación asignada a la misma idea y grado de acuerdo calculado a partir del coeficiente de variación y la

varianza. Además se incluyó una medida que determinaba el porcentaje de personas que habían priorizado con 4 ó 5 puntos esa idea, con el fin de poder comprobar la mayor valoración aportada a cada idea.

El análisis de las respuestas por categorías permitió identificar posibles actuaciones en el caso de las segundas víctimas y condujo la elaboración del documento de recomendaciones previsto. Las preguntas se estructuraron en dos campos: búsqueda de apoyo emocional y asesoría legal a la segunda víctima y cómo afrontar desde las instituciones la comunicación en caso de EA.

En el primer grupo se abordaron las consecuencias personales, laborales y familiares que afectan al profesional implicado en un EA, a continuación las medidas de reintegración del profesional a su práctica clínica y, después, determinar qué información aportar a las primeras víctimas de un EA, cómo dar esa información y cuándo es el momento oportuno.

En el segundo grupo se analizaron las precauciones legales que debe adoptar un centro sanitario y los profesionales involucrados en un EA.

En el tercer grupo, los participantes consensuaron recomendaciones para afrontar la comunicación de crisis y preservar el prestigio y reputación del centro y, además, elaborar normas de buena práctica para la comunicación de un EA.

El análisis de las respuestas por categorías permitió identificar posibles actuaciones en el caso de las segundas víctimas y condujo a la elaboración de un documento de recomendaciones para el abordaje emocional, jurídico y el tratamiento con los medios de comunicación.

Partiendo de esta primera fase de caracterización del problema de las segundas víctimas en nuestro ámbito, nos planteamos una segunda fase complementaria,

orienta a la concreción de medidas prácticas que permitan a nuestras organizaciones estar preparadas para dar una respuesta ordenada de apoyo a las segundas víctimas y favorecer la comunicación externa e interna cuando estos sucesos inevitablemente se produzcan.

Las conclusiones de esta primera fase del estudio fueron publicadas en la revista Trauma de la Fundación MAPFRE (Anexo 1).

Diseño y procedimiento de la segunda fase.

Se ha utilizado la técnica Delphi que en esta fase del estudio se justifica por tratarse de una técnica que permite obtener unos estimadores cuantitativos a partir de estrategias cualitativas, determinando de esta manera el grado de acuerdo entre los participantes respecto de un tema propuesto y una serie de cuestiones específicas.

La técnica Delphi no requiere la presencia física en una misma sala de los informantes clave (expertos). Se realiza contactando con los participantes a través de un cuestionario disponible en este caso en una página web, donde se realizan diversas rondas de priorización (denominadas olas) de las cuestiones a valorar. De esta manera se facilita conseguir el consenso entre puntos de vista dispares sobre unos mismos elementos. Las ventajas que aporta esta técnica van desde el anonimato de los participantes, el feedback de respuesta controlado de los participantes, la respuesta del grupo y todo lo que representa aprovechar la experiencia de expertos invitados a responder.

Para aplicar la técnica Delphi se dispuso de cinco sitios web, uno para cada uno de los perfiles profesionales incluidos en el estudio: expertos en calidad/seguridad; juristas/aseguradores; profesionales de medios y unidades de comunicación; profesionales de salud mental y profesionales sanitarios

asistenciales. En cada sitio web estaba incluido el cuestionario que cada grupo participante debía de evaluar. Los elementos incluidos en estos cuestionarios parten del estudio previo realizado y de la revisión bibliográfica sobre el tema y están agrupadas en cinco bloques diferentes (Anexo 2 CUESTIONARIOS EMPLEADOS EN LA PLATAFORMA DELPHI). Toda la gestión se realiza a través de una aplicación informática que aseguraba la correcta administración de los tiempos y que la información necesaria para responder llegara a los expertos en tiempo y forma apropiados (Anexo 3 CARTA DE INVITACIÓN A LOS PARTICIPANTES).

Los sitios web habilitados para facilitar la respuesta se diseñó para permitir que ninguno de los sujetos participantes pudiese responder más de una vez. El período de respuesta fue de siete semanas y media para la primera ola (del 1 de Marzo al 22 de Abril de 2013) y de siete semanas para la segunda ola (del 20 de Mayo al 8 de Julio).

Participantes.

Los participantes del estudio estaban divididos en cinco grupos en función de su perfil profesional. Se invitó a un total de 496 profesionales distribuidos de la siguiente forma (Tabla 1):

Tabla 1. Número de participantes invitados al estudio en función del perfil profesional.

Perfil profesional	Sujetos dados de alta
Expertos en Calidad /Seguridad	102

Juristas/aseguradores	89
Profesionales de Medios y Unidades de Comunicación	106
Profesionales de Salud Mental	98
Profesionales Sanitarios Asistenciales	101

Para la segunda ola se invitó únicamente a aquellos expertos/profesionales que participaron en la primera ola.

Análisis estadísticos.

Se ha obtenido la media y el coeficiente de variación para cada una de las cuestiones evaluadas con el fin de establecer el punto de corte para la siguiente oleada de participación.

En la segunda oleada se muestra la media y el coeficiente de variación con el fin de establecer qué cuestiones han sido más prioritarias tras las dos oleadas de participación.

Definiciones operativas.

De acuerdo a la taxonomía desarrollada por la OMS⁹³ (figura x), podemos identificar los elementos que juegan un papel en la seguridad del paciente:

Suceso adverso: es un evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Los sucesos adversos que realmente han provocado daño al paciente se denominan *efectos adversos*.

Factor contribuyente: circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente. Pueden ser externos a la organización, organizativos (por ejemplo, la inexistencia de protocolos), relacionados con el personal sanitario (un defecto de formación o una falta de supervisión) o relacionados con el paciente (por ejemplo, una conducta). Los factores contribuyentes podrían clasificarse en *errores humanos, fallos del sistema y características del paciente*.

Tipo de suceso adverso: El tipo es un término descriptivo de una categoría formada por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir características acordadas. Las categorías naturales constituyen un sistema de clasificación informal utilizado por un determinado grupo profesional o cultural, y reflejan un consenso social sobre qué es importante o digno de ser noticia en un determinado contexto.

Factores de recuperación: Comprenden la detección y la atenuación del incidente.

La *detección* se define como una acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente. Los mecanismos de detección pueden formar parte del sistema (por ejemplo, las alarmas en los circuitos de los respiradores) o pueden ser el resultado de un proceso de comprobación o de vigilancia.

Un *factor atenuante* se define como una acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño al paciente. El mecanismo del daño ya se ha iniciado, pero aún no ha producido el

máximo daño posible (por ejemplo, la administración de un fármaco para anular la acción de otro).

Resultados para el paciente: Se dividen en:

1. *Daño:* alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella.
2. *Enfermedad:* disfunción fisiológica o psicológica.
3. *Lesión:* daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.
4. *Sufrimiento:* la experiencia de algo subjetivamente desagradable.
5. *Discapacidad:* cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.

Las categorías naturales de los resultados para el paciente se denominan *tipos de efecto adverso*. Por ejemplo, lesión de un uréter durante una intervención o náuseas secundarias a una medicación.

También existen *resultados para la organización*.

Medida de mejora: medida adoptada o una circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente. Buscan el restablecimiento tanto de la situación clínica del paciente como de las repercusiones que haya sufrido la organización. Un ejemplo sería la hidratación del paciente que presentaba náuseas y vómitos por la medicación.

Las *medidas adoptadas para reducir el riesgo* se definen como acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente. Dichas acciones pueden relacionarse directamente con los incidentes y factores contribuyentes, la

detección, los factores atenuantes o las medidas de mejora, y pueden ser proactivas (antes de que suceda el incidente) o reactivas (a partir de los conocimientos adquiridos tras la observación del incidente).

Las medidas que se utilizan para disminuir la frecuencia de aparición del incidente o para aumentar la capacidad de su detección incluyen las denominadas *barreras del sistema*. Las medidas encaminadas a atenuar el impacto del efecto adverso en el paciente y las que pretenden restablecerlo incluyen los denominados *planes de contingencia*.

Resiliencia se refiere al grado en el que un sistema previene, detecta, mitiga o mejora continuamente peligros o incidentes.

Aceptando pues este marco conceptual en el que cabe el riesgo mínimo irreductible que implica la asistencia sanitaria, se define como seguridad del paciente la *ausencia de lesiones o complicaciones evitables, producidas o potenciales, como consecuencia de la atención a la salud recibida*. Es consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales. Mejorarla depende de un aprendizaje continuo sobre como interaccionan los diferentes componentes del sistema y supone desarrollar sistemas y procesos encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren o mitigar sus consecuencias⁹⁴.

Como definiciones complementarias:

Incidente: suceso aleatorio imprevisto e inesperado que no produce daño al paciente ni pérdidas materiales o de cualquier tipo. También puede definirse como un suceso que en circunstancias distintas podría haber sido un

accidente⁹⁵; o como un hecho que no descubierto o corregido a tiempo puede implicar problemas para el paciente⁹⁶.

Error Médico: es el acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso⁹⁷.

Casi-error: categoría mal definida que incluye sucesos como los siguientes: caso en el que el accidente ha sido evitado por poco⁹⁸; cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias⁹⁹; suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias¹⁰⁰; suceso peligroso que no ha producido daños personales pero sí materiales y que sirve de aviso de posibles accidentes¹⁰¹.

Malap Praxis: deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de calificación similar, en idénticas circunstancias.

Negligencia: error difícilmente justificable, ocasionado por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado.

Litigio: disputa tramitada ante un juzgado que puede estar motivada por un desacuerdo con la atención recibida o con los efectos no deseados de la misma. Con relativa frecuencia no se debe a ninguna de esas causas¹⁰².

Evento centinela: suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos al paciente. Todo evento centinela es un EA pero por sus consecuencias reúne unas características que obligan a una completa revisión de qué ha sucedido para evitar que vuelva a producirse (Norma ISO 179003).

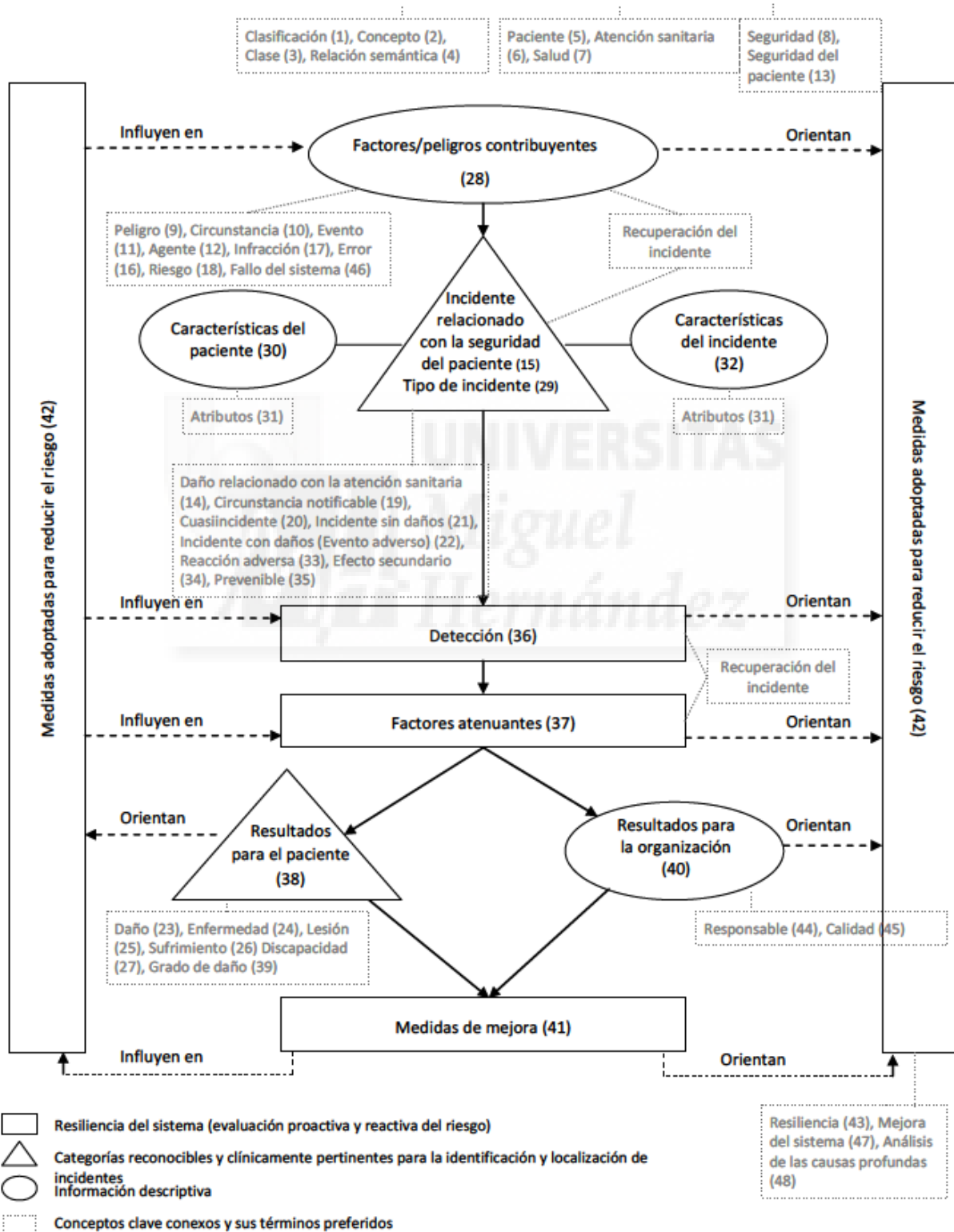
Primera víctima: paciente que sufre un EA. También se considera primera víctima a los familiares y amigos cercanos del paciente afectado.

Segunda víctima: todo profesional sanitario que participa en un EA, un error médico o una lesión relacionada con el paciente no esperado y que se convierte en víctima en el sentido que queda traumatizado por el evento.

Tercera víctima: organización sanitaria que puede sufrir una pérdida de reputación como consecuencia de un incidente para la seguridad del paciente.



Figura 1. Taxonomía de Seguridad del Paciente de OMS.



6. RESULTADOS.



Resultados de la primera fase del estudio.

La primera fase del estudio consistía en una revisión sistemática acerca de lo que viene a ser la trayectoria de la segunda víctima, muy pocos son los trabajos previos encontrados sobre este tema. Se han encontrado en toda la literatura revisada solamente cuatro trabajos que exploran este tema. Cabe destacar como desde la Universidad de Missouri se ha descrito un modelo teórico que representa la "trayectoria" de la segunda víctima tras producirse un EA en 6 etapas. Las 4 primeras acontecen en la esfera personal de la segunda víctima, mientras que las 2 siguientes suponen un paso adelante para obtener alivio emocional buscando activamente ayuda. No obstante, se encuentra en desarrollo y requiere de un mayor análisis.

Se presentan a continuación los resultados de los grupos de trabajo respondiendo a cada una de las preguntas planteadas para finalmente presentar el documento de recomendaciones.

1. Mejoras en la comunicación de crisis.

En este primer grupo de trabajo lo que se intentó abordar fundamentalmente son por una parte las consecuencias personales, profesionales y familiares que pueden suponerle al profesional implicado en el evento adverso, por otra parte, analizar posibles medidas de reintegración hacia el profesional que ha de enfrentarse de nuevo a los pacientes, así como determinar qué información aportar a las personas que han sufrido un evento adverso, cómo dar esa información y cuando es el momento oportuno.

1.1 Tras cometer un error que ocasiona un EA con consecuencias graves a uno o varios pacientes. ¿Qué consecuencias personales, profesionales y familiares cabe esperar por parte del profesional implicado?

Fundamentalmente estas consecuencias se traducen en consecuencias de tipo emocional con fuertes reacciones de estrés y ansiedad junto a sentimientos extremos de miedo y de culpa. A nivel profesional la inseguridad al volver a enfrentarse al trabajo o tomar este hecho como algo aislado y como un aprendizaje para que no vuelva a ocurrir "Aprender a partir de los errores" es un aspecto que se puso de manifiesto. En el ámbito familiar las consecuencias se traducen en la sobrecarga que le supone a la familia el daño emocional que afecta al profesional que se ha visto implicado en un evento adverso.

Tabla 2: Consecuencias familiares y personales de los EA.

Criterio	PORCENTAJE 4 y 5	Media	Varianza	CV
Reacciones de estrés agudo: ansiedad, miedo, culpa.	77,78%	4,11	1,61	0,31
Disminución de la autoestima	55,56%	4,00	1,00	0,25
Inseguridad profesional	77,78%	3,89	1,61	0,33
Culpa	66,67%	3,78	0,94	0,26

Aprendizaje del error, cambios en la organización	55,56%	3,67	1,50	0,33
Aislamiento, retraimiento, vergüenza	55,56%	3,56	1,28	0,32
Trauma psicológico	44,44%	3,44	0,28	0,15
Conductas de evitación, negación	44,44%	3,33	1,00	0,30
Sobrecarga a la red social: familia, amigos	44,44%	3,11	1,11	0,34
Daño a la salud: dolor, adicciones	33,33%	2,89	1,61	0,44

1.2 ¿Qué medidas deben ponerse en práctica para favorecer la reintegración hacia la actividad profesional con seguridad tanto para el profesional como para los pacientes?

En primer lugar cabe destacar que “fomentar una cultura de prevención y seguridad” desde el centro es uno de los primeros pasos que se deben dar para la reintegración hacia la actividad profesional. Como medidas de reintegración hacia el profesional se destacaron: el apoyo desde la propia dirección del centro, un análisis del evento adverso de la forma más objetiva posible, aprender a controlar las reacciones emocionales, la existencia de protocolos de apoyo hacia el profesional y la formación en afrontamiento de errores. Todas ellas, se

trataron como medidas a adoptar en los centros tanto antes de suceder el acontecimiento adverso como posteriormente (prevención y tratamiento).

Tabla 3: Medidas para facilitar la recuperación de la segunda víctima

Criterio	PORCENTAJE 4 Y 5	Media	Varianza	CV
Cultura de prevención y seguridad del paciente y del profesional sanitario	66,67	4,22	0,94	0,23
Hablar con los pacientes/familiares	77,78	4,22	0,69	0,20
Apoyo dirección	77,78	4,22	1,19	0,26
Análisis del suceso y búsqueda de soluciones	66,67	4,22	1,44	0,28
Reparar daño	88,89	4,22	0,44	0,16
Controlar las reacciones de estrés agudo: ansiedad, miedo, culpa, etc.	77,78	4,11	1,61	0,31
Incrementar la autoestima	55,56	4,00	1,00	0,25
Medidas de apoyo ante la inseguridad profesional	77,78	3,89	1,61	0,33

Sistemas protocolarizados de apoyo al profesional	77,78	3,89	1,36	0,30
Potenciar amortiguadores de culpa en profesionales	66,67	3,78	0,94	0,26
Apoyo emocional compañeros	66,67	3,78	1,44	0,32
Trabajo en equipo	55,56	3,78	0,69	0,22
Formación en afrontamiento de errores	66,67	3,78	0,94	0,26
Aprendizaje del error, cambios en la organización	55,56	3,67	1,50	0,33
Ayudar a superar el aislamiento, retraimiento, vergüenza	55,56	3,56	1,28	0,32
Apoyo legal	66,67	3,56	2,53	0,45
Medidas para poder superar el trauma psicológico	44,44	3,44	0,28	0,15
Proporcionar apoyo psicológico desde el propio centro	55,56	3,44	2,53	0,46
Prevenir conductas de evitación, negación	44,44	3,33	1,00	0,30

No revictimizar, culpabilizar y aislar	44,44	3,33	1,75	0,40
No sobrecargar a la red social: familia, amigos	44,44	3,11	1,11	0,34
Prevención de posibles daños a la salud como tristeza y adicciones	33,33	2,89	1,61	0,44

1.3 ¿Qué, cómo, cuándo y quién debería informar a un paciente, o a sus familiares, que ha sufrido un EA con consecuencias graves por error de uno o varios profesionales?

El grupo de expertos consideró que es el médico responsable del paciente quien debe informar al paciente y familia, independientemente de que el error o la concatenación de errores implique más a otro u otros profesionales sanitarios y no sanitarios, ya que para el paciente y la familia el referente de máxima autoridad y en el que delegan la mayor confianza es el médico. No obstante, se consideraron una serie de dificultades:

1.- De un lado cuando es el propio médico responsable el que ha cometido el error. En este caso debe valorarse cuestiones tales como la relación previa de confianza con el paciente y familia, la posible repercusión legal, el apoyo del servicio... y siempre que se pueda que sea el mismo quien lo comunique.

2.- La falta de entrenamiento de los profesionales sanitarios en dar malas noticias, y especialmente cuando ellos mismos pueden estar implicados en su causa. El grupo propuso que este entrenamiento se incluya en el proceso formativo.

Es el médico responsable quién debe informar y además cuánto antes, con sensibilidad, por ello es fundamental la formación en este aspecto. La dificultad viene dada porque nadie enseña a informar. Entre los asistentes al grupo no se tenía demasiado claro si la dimensión legal debía apoyar o favorecer a que el profesional sanitario pidiese disculpas. Si el error es cometido por una enfermera, actualmente es el médico responsable quién se encarga de comunicarlo, en cualquier caso lo que no se debe es personalizar el error.

3.- Sobre cuándo hacerlo existieron dos opiniones diferenciadas: por un lado hubo expertos que indicaron que debería comunicarse inmediatamente y, por otro, los que opinan que debe informarse cuándo se tenga toda la información sobre lo sucedido. Sobre este hecho se debatió como problemático el hecho de que, a veces, no puedes esperar a tener toda la información (como en el caso de muerte del paciente en el quirófano) e incluso, en algunas ocasiones esta información se da "en los propios pasillos", sin apenas apoyo.

Aspectos como cuidar el entorno y la privacidad, ofrecer en lo posible salidas y /o soluciones al paciente y la familia, ofrecer un nuevo contacto o dar de nuevo la información, actuar con la mayor transparencia o actuar con sentido de la justicia en aspectos administrativos que les facilite una posible indemnización... fueron valorados como positivos.

2. Sobre la mejora del apoyo jurídico a la Segunda Víctima.

En este segundo grupo de trabajo se trató de ver por una parte las actuaciones que debe poner el centro sanitario en marcha para salvaguardar su seguridad y por tanto la imagen y la reputación que ofrece el mismo y por otra parte, desde lo que viene a ser la óptica del profesional qué actuaciones debe poner en marcha para poder salvaguardar su seguridad.

2.1 Respetando profundamente al paciente que ha sufrido un EA con consecuencias graves ¿qué actuaciones debe poner en práctica un centro sanitario para salvaguardar su seguridad (reputación, imagen, etc.)?

Los expertos pusieron de manifiesto como una de las actuaciones fundamentales que más se repite y que mayor coincidencia entre los diferentes asistentes recibió es el hecho de “no esconderse” y hablar con el paciente, con la familia y comprometerse a analizar profundamente el hecho. El centro debe siempre apoyar al profesional, nunca condenarlo y menos aún de forma pública, por ello es muy importante medir muy bien el mensaje público. Resulta también fundamental que se ponga en conocimiento de la compañía de seguros el daño causado a efectos de asumir las posibles responsabilidades del centro con la posibilidad de iniciar un procedimiento de responsabilidad patrimonial para valorar las responsabilidades del servicio de salud.

Tabla 4: Recomendaciones a los centros tras un EA.

Criterio	PORCENTAJE 4 y 5	Media	Varianza	CV
Nunca se debe engañar a la familia y al paciente	100%	5	0,00	0,00
Escuchar al profesional siempre	100%	5	0,00	0,00
Hablar con el paciente, con la familia y comprometerse a analizar profundamente el hecho	100%	4,90	0,10	0,06

Nunca esconderse	100%	4,90	0,10	0,06
Preparar y dar la información a la familia	100%	4,90	0,10	0,06
Actuar pronto, no dejarlo para demasiado tarde.	90%	4,80	0,40	0,13
Nunca se debe señalar y condenar públicamente al profesional que ha cometido el error.	100%	4,80	0,18	0,09
Siempre se debe investigar y corregir	100%	4,80	0,18	0,09
Nunca se han de ocultar los hechos o culpabilizar	90%	4,80	0,40	0,13
Poner en conocimiento de la compañía de seguros a efectos de asumir las posibles responsabilidades del centro y/o iniciar un procedimiento de responsabilidad patrimonial para valorar las responsabilidades del servicio de salud.	90%	4,60	0,49	0,15
No ocultar la respuesta	70%	4,30	0,90	0,22
Medir bien el mensaje público	80%	4,30	2,68	0,38
Despliegue para conocer los hechos	70%	4,20	0,84	0,22
Por una parte, se deben pedir disculpas que no significa asumir responsabilidades	90%	4,20	2,40	0,37

Activar y aclarar, poner en marcha los expertos clínicos y jurídicos	80%	4,20	1,07	0,25
Resolver los problemas de taxonomía	60%	3,80	1,07	0,27
Contar con una asesoría jurídica externa	40%	3,40	1,16	0,32
Siempre tratar al profesional con cariño, escucharlo y valorar su estado	50%	3,30	2,23	0,45
Preparar inmediato plan de corrección y hacerlo público	40%	3,10	2,32	0,49
Se debe asumir la responsabilidad	60%	3,00	4,67	0,72
Comunicarlo públicamente en su caso	40%	3,00	2,00	0,47
Revisar experiencias ajenas	20%	2,70	1,57	0,46
Se debe estandarizar la respuesta	30%	2,60	2,27	0,58

2.2 Respetando profundamente al paciente que ha sufrido un EA con consecuencias graves ¿qué actuaciones debe poner en práctica el profesional implicado para salvaguardar su seguridad?

En primer lugar, cabe destacar y con un grado de acuerdo total entre todos los asistentes que quiénes destacaron que una vez ocurre un hecho con esta serie de consecuencias, lo que debe hacer el profesional en primer lugar es revisar su actuación. La formación se trata de un aspecto primordial, fundamentalmente aquella más orientada hacia la comunicación del error, que ayudará al profesional a poder enfrentarse al paciente y a la familia y a no rehuirles. Una de las personas a las que comunicar los hechos una vez acontecido el error se determinó en el grupo que debería ser a su superior jerárquico o gerente en su caso. El apoyo fuera del centro se trató de otro aspecto valorado, es decir el hecho de buscar asesoría externa por si resulta que los intereses por parte del hospital pudieran ser diferentes (en el caso del hospital se haría prescindible recurrir al gestor de riesgos clínicos). Es muy importante intentar darle la mayor objetividad al hecho ocurrido, poniendo orden a los hechos a partir del propio relato del profesional, reuniendo toda la documentación posible y valorando el daño causado, fundamentalmente se trata de *"profesionalizar la situación por la que atraviesa"*.

Tabla 5: Recomendaciones a los profesionales tras un EA.

Criterio	PORCENTAJE 4 y 5	Media	Varianza	CV
El profesional debe revisar su actuación	100%	5	0,00	0,00

El profesional debería tener formación en comunicar el error	100%	4,90	0,10	0,06
No mentir, ni ocultar en la investigación a su asesor	100%	4,80	0,18	0,09
No rehuir al paciente ni a la familia	90%	4,50	0,94	0,22
Se le deben proporcionar al profesional los medios y apoyo para entender el caso	80%	4,40	0,71	0,19
Poner orden a los hechos a partir de su propio relato	90%	4,40	0,93	0,22
Reunir toda la documentación: la historia clínica, las pruebas que se han realizado	70%	4,40	0,93	0,22
Que el profesional llame a su abogado (cuidado el centro puede tener intereses contrarios)	80%	4,30	0,68	0,19
Valorar el daño que ha causado	80%	4,30	0,68	0,19
A quién comunica los hechos: superior jerárquico	80%	4,30	0,68	0,19
Que no hable a solas con la familia afectada. No hablar con familia, paciente, ni terceros sin su abogado	50%	3,80	1,73	0,35
Buscar apoyo externo al hospital por si los intereses son distintos	70%	3,80	2,40	0,41

Que el profesional realice un análisis de sus posibles riesgos en la profesión y valore la oportunidad de suscribir una póliza complementaria	60%	3,70	2,46	0,42
Acudir al gestor de riesgos clínicos del centro	70%	3,60	4,27	0,57
Utilizar el término complicación/problema o sinónimo en lugar de error	60%	3,60	3,38	0,51
No culpabilizarse y no desahogarse con compañeros	50%	3,40	2,93	0,50
Intentar no pierdan los nervios	50%	3,30	2,23	0,45
Hablar con los demás profesionales, evitar respuestas personales: profesionalizar la situación que atraviesa	50%	3,10	2,10	0,47
A quién comunica los hechos: gerente	20%	2,50	1,61	0,51

3. Mejoras en la comunicación de crisis.

En el último grupo de trabajo los expertos participantes por una parte trabajaron como abordar el tratamiento de la información cuando se ha producido un evento adverso y por otra parte se intentó definir un código de buena conducta por parte de los profesionales de los medios de comunicación cuando informan de un acontecimiento de este tipo.

3.1 ¿Qué, cómo, cuándo y quién, debe informar a los medios cuando se ha producido un error que tiene como consecuencia que uno o varios pacientes sufran un EA de consecuencias graves?

Los asistentes comentaron que antes de que se dé la información, ésta se debe centralizar para que se pueda comunicar de forma eficaz y con la mayor veracidad, comunicar eficazmente significa "que exista transparencia desde el primer momento". El profesional implicado no debe ser nunca el que deba informar, sino por su parte lo que se pide es una disculpa pública de lo acontecido. El medio de comunicación además puede hacerse eco para evitar eventos adversos en el futuro. La información en cualquier caso debe ser un trabajo conjunto del gabinete de comunicación y la dirección del centro siendo honestos con los medios y en ningún momento dando nombres del profesional implicado y que nunca sea el mismo profesional el que proporcione la información, de lo que se trata en última instancia es mantener una actitud proactiva.

Tabla 6: Recomendaciones para la información pública tras un EA

criterio	PORCENTAJE 4 y 5	Media	Varianza	CV
Asumir responsabilidades de forma coherente sobre las consecuencias del EA producido.	88,89%	4,78	0,44	0,14
Centralizar información sobre el evento adverso para tener toda la información y comunicar eficazmente	100%	4,67	0,25	0,11
Transparencia en la información desde el primer momento	88,89%	4,56	0,53	0,16

Contrastar información con personas involucradas	100%	4,56	0,28	0,12
Disculparse ante la víctima públicamente	77,78%	4,44	1,28	0,25
Explicar medidas para evitar el EA en el futuro	88,89%	4,44	0,53	0,16
Trabajo conjunto del gabinete comunicación-Dirección del Centro	77,78%	4,33	0,75	0,20
Evitar información con una actitud defensiva	88,89%	4,33	0,50	0,16
No dar nombres que personalicen error en algún profesional concreto	66,67%	4,11	1,36	0,28
Información clara sin utilizar un lenguaje demasiado técnico	66,67%	4,11	1,36	0,28
Huir del corporativismo	66,67%	4,00	1,25	0,28
Honestidad con los medios	66,67%	3,89	0,61	0,20
Que exista un único informante, aunque en cada caso pueda variar según el tipo de EA y el Servicio o Unidad	55,56%	3,78	1,94	0,37
La información se debe dar también por escrito.	55,56%	3,78	1,19	0,29

Informar lo antes posible	55,56%	3,67	2,25	0,41
Deben informar tanto director como técnico o especialista	66,67%	3,56	1,78	0,38
Lo que no sabemos también es información. Gestionar toda la información para comunicar eficazmente	55,56%	3,56	1,53	0,35
No enterarnos por los medios de noticias relacionadas	55,56%	3,56	1,78	0,38
Adelantarse a la noticia, mantener una actitud proactiva	44,44%	3,22	2,69	0,51
Asumir error, comunicar que la medicina no es una ciencia exacta	33,33%	3,22	1,44	0,37
El profesional implicado nunca debe informar	33,33%	3,11	2,61	0,52
Estar atento al contexto y ver cómo evoluciona la opinión pública	22,22%	2,78	0,94	0,35
Que la información sea periódica	11,11%	2,67	0,50	0,27
Los "medios" no son el enemigo, asumir que realizan su trabajo y actuar con honestidad	22,22%	2,44	2,03	0,58
En ocasiones, puede ser conveniente que informe el profesional implicado	22,22%	2,44	2,03	0,58

3.2 Elementos de un código de conducta para quienes informan de las consecuencias y circunstancia de un EA.

Se estableció una especie de código buenas prácticas cuando se da información sobre un evento adverso, estas buenas prácticas se refirieron fundamentalmente a: "contrastar la información para que posteriormente pueda ser contada", "respeto al profesional implicado", "evitar el periodismo con tintes sensacionalistas", "no permitir el intrusismo de los profesionales implicados en el periodismo", "que los periodistas informadores sean profesionales especializados en sanidad", "asegurarse bien de haber entendido todos los datos que forman el contexto del evento adverso", "evitar el acoso por parte de los medios", "respetar la intimidad del profesional afectado".

Tabla 7: Consejos de información pública tras un EA

Criterio	PORCENTAJE 4Y5	Media	Varianza	CV
Contrastar la información para luego contarla	100%	4,89	0,11	0,07
Respeto al profesional (2ª víctima)	88,89%	4,44	0,53	0,16
Evitar sensacionalismos	77,78%	4,22	1,19	0,26
No permitir el intrusismo profesional en periodismo	77,78%	4,11	1,61	0,31

Periodistas "especializados" en salud y sanidad	77,78%	4,11	0,61	0,19
Necesidad de conocer a los medios y que éstos nos conozcan – establecer puentes	77,78%	4,00	1,00	0,25
Buscar la objetividad de la noticia (no culpables)	66,67%	3,89	1,11	0,27
Asegurar haber entendido todos los datos que contextualizan el EA	55,56%	3,78	1,19	0,29
Actuar de forma prudente y con datos objetivos en las tertulias	77,78%	3,78	1,94	0,37
Consultar con expertos los datos e informaciones, incluso de otros centros	44,44%	3,44	1,28	0,33
No contribuir a crear estereotipos equívocos de profesionales sanitarios	44,44%	3,44	0,28	0,15
Actuar realmente como servicio público que presta información	44,44%	3,33	0,50	0,21
La institución "tampoco es el enemigo" y actúa también con honestidad	44,44%	3,22	1,94	0,43
Evitar acoso de los medios (colándose por el hospital y escuchando al primero que llega, sin rigor)	33,33%	3,22	0,44	0,21
La TV requiere imágenes, pero debe respetarse el derecho a la intimidad de pacientes y profesionales	44,44%	3,11	1,11	0,34

Cada medio tiene distintas necesidades atendiendo a si se trata a la radio, prensa escrita o TV	44,44%	3,11	1,11	0,34
Los medios deben hacer gala de su responsabilidad social	22,22%	2,78	1,44	0,43

Resultados de la segunda fase.

Se han realizado hasta cuatro oleadas de participación durante el tiempo que ha estado vigente la primera ola. Igualmente se han realizado hasta cuatro recordatorios para la segunda ola. La respuesta de los diferentes grupos de profesionales es dispar, con una respuesta óptima de los profesionales expertos en seguridad, contrariamente hay que señalar la baja respuesta de los profesionales de Salud Mental, incluso por debajo de los grupos de profesionales no sanitarios invitados. A continuación, se detalla el porcentaje de participación en cada uno de los grupos y cada una de las olas:

Tabla 8. Porcentaje de participación.

Perfil profesional	Sujetos dados de alta	Participantes Ola 1	Participantes Ola 2
Expertos en Calidad /Seguridad	102	61 (59,80%)	57 (93,44%)
Juristas/Aseguradores	89	37 (41,57%)	31 (83,78%)
Profesionales de Medios y Unidades de Comunicación	106	25 (23,59%)	16 (64,00%)

Profesionales de Salud Mental	98	22 (22,45%)	14 (66,67%)
Profesionales Sanitarios Asistenciales	101	49 (48,52%)	37 (75,51%)

Se presentan a continuación las tablas de resultados de cada uno de los grupos participantes en las dos oleadas de participación. Los resultados aparecen ordenados de mayor a menor media dentro de los diferentes bloques que integran cada cuestionario de acuerdo a la primera ronda de votaciones. Se sombrea en color rojo aquellos ítems que tras la revisión de resultados fueron eliminados en la segunda ola en base al criterio de que se produjese un salto en cuanto al nivel de acuerdo en los participantes, se incluye para cada uno de los bloques atendiendo al perfil profesional las sugerencias realizadas por los expertos participantes, que resultan tan estimables como la respuesta a las cuestiones planteadas.

Las propuestas, mas dirigidas a la acción en las organizaciones se agruparon en cinco bloques: cultura de seguridad, plan de crisis, comunicación con el paciente y sus familiares, atención a las segundas víctima y comunicación institucional.

Se elaboró un conjunto de propuestas diferente para cada grupo profesional con algunas propuestas comunes.

Además se adjuntan los resultados de cuestiones que han sido transversales a todos los colectivos que han participado en el Delphi junto con sus puntuaciones medias, coeficiente de variación y frecuencia de participación.

Expertos en Calidad/Seguridad.

Destaca el acuerdo de estos profesionales en tres aspectos relevantes de la "Cultura de Seguridad" que tienen que ver con los sistemas de detección como método de aprendizaje y sobre todo abordar los EA con un enfoque sistémico, más que como el resultado de acciones individuales. También hacen énfasis en implementar programas formativos para preparar a los profesionales ante estas situaciones.

Tabla 9. Resultados del grupo de expertos en calidad/seguridad en el bloque 1.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
1. En los hospitales...						
Realizar sesiones sobre la ocurrencia de errores clínicos para analizarlos y evitar riesgos en el futuro.	59	9,17	0,13	57	9,39	0,08
Preparar a los profesionales para que acepten su responsabilidad sin culpabilizarse.	59	9,1	0,12	57	9,26	0,09
Contar con un sistema de notificación de incidentes y EA que recoja información para aprender de los errores y fallos.	59	9,03	0,16	57	9,14	0,13
La política de seguridad del paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, reconociendo cuando así sea que se ha producido un error.	59	8,92	0,13			
Realizar estudios para determinar la frecuencia de EA (eventos adversos) y la efectividad de las medidas puestas en marcha para evitarlos.	59	8,71	0,18			

Tabla 10. Sugerencias propuestas por el grupo de expertos en calidad/seguridad para el bloque 1.

1. En los hospitales...

Todo el personal sanitario debería realizar un curso básico sobre seguridad del paciente y gestión del error.

En los planes de acogida del personal de nueva incorporación debería incluirse la formación básica en seguridad del paciente y gestión del error.

Los líderes, concretamente los miembros de los equipos directivos deberían realizar de manera obligatoria un curso medio sobre seguridad del paciente y abordaje del error.

Plantear al menos una iniciativa al año en pro de la seguridad del paciente que implique a todos los profesionales de un servicio

Definir mapas de riesgo de los diferentes procesos asistenciales y no asistenciales

Compromiso activo de la dirección con la seguridad del paciente y la gestión de los riesgos asistenciales.

Ofrecer información sobre seguridad y eventos adversos de forma sistemática a todos los pacientes

Introducir aspectos de seguridad del paciente como objetivos ligados a Incentivos en los Servicios/Unidades asistenciales

Disponibilidad de una guía de actuación en el caso de que se identifique un EA/Evento Centinela.

Preparar a LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS para que acepten su responsabilidad o la de sus profesionales SIN CULPABILIZAR

Cuando el EA se ha producido, los expertos en seguridad, enfatizan la necesidad de análisis del EA, aprendizaje y medidas de prevención, así como la previsión de medidas de comunicación efectivas.

También cobra fuerza la existencia de un plan previamente acordado para cuando se producen estas situaciones.

Tabla 11. Resultados del grupo de expertos en calidad/seguridad en el bloque 2.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.

2. PLAN DE CRISIS

En caso de EA con consecuencias graves para un paciente, llevar a cabo un análisis interno para averiguar qué, cuándo, dónde, cómo ha sucedido y cuáles han sido sus causas a fin de evitar que suceda en el futuro.	60	9,65	0,08	57	9,81	0,05
Definir un plan de crisis que recoja qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	60	9,18	0,13	57	9,25	0,1
Que el plan de formación incluya capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	60	9,17	0,11	57	9,16	0,12
Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidar de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.	60	9,15	0,12	57	9,16	0,09
Contar con un Comité de Crisis para el caso de EA en el que participan los directivos del hospital junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.	59	8,41	0,2			
Contar con un "portavoz" para comunicar con el paciente y su entorno las circunstancias de un EA.	60	8,22	0,18			
Intentar resolver de manera rápida los conflictos, y de preferencia de forma extrajudicial para amortiguar la penalidad.	59	7,95	0,21			

Tabla 12: Sugerencias propuestas por el grupo de expertos en calidad/seguridad para el bloque 2.

2. PLAN DE CRISIS

Contar con un "portavoz" para comunicar con el paciente y su entorno las circunstancias de un EA.

Intentar resolver de manera rápida los conflictos, y de preferencia de forma extrajudicial para amortiguar la penalidad.

Los planes de crisis deberían recoger un checklist de actuación, que garantice que el abordaje sea secuencial y sistemático.

El Comité de Crisis deberá responsabilizarse de que todo el personal conozca el Plan de Crisis, y sepa dónde consultar lo que se debe hacer cuando se produzca un evento grave.

Garantizar que no habrá represalias laborales contra aquellos que participen en el análisis de los EA.

El plan de crisis debe contemplar cómo actuar sobre las "segundas víctimas", incluyendo la adaptación laboral inmediata si precisa.

Contar con un "experto de apoyo" (interno al Centro) que asesore y sirva de apoyo al profesional sanitario implicado en un EA grave.

Establecer un PLAN DE ATENCION A SEGUNDAS VÍCTIMAS. Esto hará que el propio profesional implicado y el resto de profesionales observen el tratamiento y apoyo que se da al caso: sin culpabilización y con el objetivo de evitar nuevos sucesos.

En el apartado de comunicación, de nuevo cobra fuerza la idea de evitar peligrosas improvisaciones y un acuerdo contundente en los principios éticos de sinceridad y apoyo comprensivo a los pacientes y familiares afectados, además de la importancia de que esta comunicación sea efectiva a lo largo del proceso. El plan debe contemplar a las personas encargadas de dar continuidad a la información.

Tabla 13. Resultados del grupo de expertos en calidad/seguridad en el bloque 3.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA.						
Ofrecer siempre que sucede un EA con consecuencias graves una información ágil, clara, honesta y completa, al paciente (o sus familiares).	60	9,28	0,13	55	9,29	0,13
Contar con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	60	9,08	0,13	55	8,98	0,12
El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.	60	9,02	0,12	55	9,09	0,09
El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente.	60	8,92	0,16	55	8,93	0,13
Tener la precaución de hacer un seguimiento al paciente que ha sufrido un EA durante unos meses para asegurarnos que las consecuencias han sido controladas.	60	8,72	0,16	55	8,85	0,12
Establecer el papel que debe jugar en la relación y comunicación con el paciente la Jefatura del Servicio Médico, la Supervisora de Enfermería, la Dirección Médica y la de Enfermería en el caso de un EA.	59	8,71	0,15	55	8,51	0,12
Acordar quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	59	8,61	0,16	56	8,43	0,12
El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves puede, si lo desea, recibir asistencia psicológica ofrecida por el hospital.	60	8,4	0,21	55	8,33	0,15
Poner en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.	59	8,05	0,19	55	8,29	0,12
Un profesional sanitario, distinto del implicado en el EA, debe informar directamente al paciente y/o familia tras producirse un EA.	56	6,57	0,39			
El profesional sanitario implicado en el EA debe informar directamente al paciente y/o familia tras producirse un EA.	57	6,23	0,44			

Tabla 14: Sugerencias propuestas por el grupo de expertos en calidad/seguridad para el bloque 3.

3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA

El profesional sanitario implicado en el EA debe informar directamente al paciente y/o familia tras producirse un EA.

La información al paciente y la familia la hará el profesional sanitario que conozca mejor el caso y se encuentre en condiciones idóneas para hacerlo.

El profesional de referencia para el paciente en el centro debe informar directamente al paciente y/o familia tras producirse un EA.

Un profesional especialmente formado en comunicación debe acompañar al profesional implicado para informar directamente al paciente y/o familia tras producirse un EA.

En evento adverso muy grave que informe directamente un profesional distinto. Si es leve, el propio profesional implicado.

En el apartado de “Atención a las “Segundas víctimas” hay acuerdo en la ineludible necesidad de prestar apoyo, la actitud proactiva de los responsables de la organización y resulta muy sugerente la utilidad que se reconoce a los profesionales cercanos al profesional afectado, como agentes importantes de ayuda.

Señalan la importancia de la implicación de las estructuras directivas en este proceso y la protección ante posibles consecuencias legales.

Tabla 15. Resultados del grupo de expertos en calidad/seguridad en el bloque

4.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales involucrados directamente en un EA.						
Los profesionales cuentan con una póliza de seguro que cubre las posibles indemnizaciones y ofrece cobertura legal en caso de que suceda un EA.	58	9,12	0,15	55	9,36	0,08
Elaborar un protocolo sobre cómo actuar con las "segundas víctimas" (profesionales afectados) de los EA para analizar qué y cómo ha sucedido.	60	8,82	0,16	55	8,91	0,12
Contar con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las "segundas víctimas".	60	8,82	0,16	55	8,73	0,13
Poner a disposición los profesionales que se han visto involucrados en un EA con consecuencias graves, un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia.	60	8,53	0,19	55	8,51	0,13
Los profesionales que se ven involucrados en un EA cuentan, si lo desean, con apoyo psicológico ofrecido por el hospital para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.	60	8,52	0,24	55	8,73	0,14
La dirección está siempre disponible para atender a los profesionales que sufren como "segundas víctimas" la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales.	60	8,37	0,23	55	8,69	0,12
Contar con "pares" entrenados para ayudar al afectado es beneficioso para el profesional involucrado en un EA.	59	8,22	0,19	55	8,29	0,15
Ofrecer y recomendar de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.	60	7,8	0,24			
Acomodar (adaptación laboral) las exigencias laborales a las necesidades de las "segundas víctimas".	59	7,76	0,23			
Las organizaciones profesionales corporativas (Colegios) pueden aportar dispositivos de ayuda y orientación a los profesionales afectados.	59	7,1	0,29			

Tabla 16. Sugerencias propuestas por el grupo de expertos en calidad/seguridad para el bloque 4.

4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales involucrados directamente en un EA)

Las organizaciones profesionales corporativas (Colegios) pueden aportar dispositivos de ayuda y orientación a los profesionales afectados.

Acomodar (adaptación laboral) las exigencias laborales a las necesidades de las "segundas víctimas".

El Comité de Crisis facilitará lo antes posible al profesional afectado información sobre sus gestiones.

Se ofrecerá al profesional involucrado la posibilidad de participar en el Análisis Causa Raíz sobre el incidente, si así lo desea.

Analizar los riesgos de cometer EA como un riesgo laboral más y poner en marcha medidas preventivas de mejora.

En cuanto al manejo de la comunicación institucional, este grupo manifiesta acuerdo en el tratamiento cuidadoso de la información en cuanto a sus contenidos y en la forma y tiempo de ofrecerla. Aconsejan la designación de un portavoz para estos procesos de comunicación.

Tabla 17. Resultados del grupo de expertos en calidad/seguridad en el bloque 5.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL						
No ofrecer ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.	61	9,51	0,11	56	9,48	0,13
Ser muy cuidadosos y celosos con la información personal que se brinda de pacientes y profesionales cuando ocurre un EA con impacto mediático.	61	9,33	0,11	56	9,61	0,08
Designar un portavoz que se hace cargo de la comunicación y relación con los medios.	61	8,9	0,18	56	9,12	0,11
Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuar informando de lo que ha sucedido al resto del personal del hospital para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.	61	8,66	0,19	56	8,7	0,14
Combatir el sensacionalismo y el posible ánimo de lucro injusto de algunas reclamaciones.	60	8,48	0,19	54	8,57	0,15
Contar con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el hospital, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	61	8,44	0,18	56	8,32	0,15
El gabinete de prensa del hospital (o concertado con el hospital) procura mantener contacto con periodistas especializados en salud para informar correctamente de qué ha sucedido en el caso de un EA con impacto mediático.	60	8,05	0,24			
El gabinete de prensa del hospital (o concertado con el hospital) elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.	61	7,87	0,29			

Tabla 18. Sugerencias propuestas por el grupo de expertos en calidad/seguridad para el bloque 5.

5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL

El gabinete de prensa del hospital (o concertado con el hospital) elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.

La alta dirección de la organización deberá transmitir con honestidad y explícitamente su compromiso de investigar las causas de lo sucedido y la puesta en marcha de los medios necesarios para que no se repita.

Una vez concluida la investigación, la alta dirección hará llegar a la familia y/o el paciente afectado las medidas que se han tomado.

Una vez concluida la investigación, la alta dirección hará llegar a los medios las medidas que se han tomado.

Cuando se dé información a los medios, especialmente en los primeros momentos NO se focalizará la responsabilidad de lo sucedido en personas concretas, sino que se manejará la situación con prudencia y con un enfoque sistémico.

Disponer de un apartado específico sobre Seguridad del Paciente en la página web del Centro (o similar) en la que se informe de estrategias desarrolladas por el centro para mejorar disminuir EA graves.

Es importante que la propia organización pida disculpas a través de los medios.

Juristas/Aseguradores.

En este grupo, en el apartado de cultura, se prioriza la necesidad de los sistemas de detección y análisis de los EA, la transparencia y como cabía esperar de su perfil, la recomendación de comprender el alcance de los sistemas deaseguramiento.

Tabla 19. Resultados del grupo de juristas/aseguradores en el bloque 1.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
1. En los hospitales...						
Contar con un sistema de notificación de incidentes y EA que recoja información para aprender de los errores y fallos.	37	8,43	0,21	31	8,94	0,12
Concienciar a los profesionales que los sistemas de aseguramiento no son seguros de impunidad o ausencia de responsabilidad.	35	8,14	0,22	31	8,48	0,1
Realizar estudios para determinar la frecuencia de EA (eventos adversos) y la efectividad de las medidas que ponemos en marcha para evitarlos.	37	8,14	0,23	31	8,32	0,15
La política de seguridad del paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, reconociendo cuando así sea que se ha producido un error.	37	7,81	0,23	31	7,55	0,17
Dar a conocer a los profesionales el alcance de la cobertura de las pólizas de seguros.	37	7,73	0,25			

Tabla 20. Sugerencias propuestas por el grupo de juristas/aseguradores para el bloque 1.

1. En los hospitales...
Dar a conocer a los profesionales el alcance de la cobertura de las pólizas de seguros.
Contar con un sistema de registro de incidentes y EA, cuya información sirva para determinar su frecuencia y sus causas y para tomar medidas necesarias para evitarlos.

En el "Plan de Crisis" estos profesionales asignan la máxima importancia al análisis riguroso de lo que ha funcionado mal, a la formación en habilidades de comunicación a tener previstas las acciones en estos casos.

Tabla 21. Resultados del grupo de juristas/aseguradores en el bloque 2.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
2. PLAN DE CRISIS						
En caso de EA con consecuencias graves para un paciente, llevar a cabo un análisis interno para averiguar qué, cuándo, dónde, cómo ha sucedido y cuáles han sido sus causas a fin de evitar que suceda en el futuro.	37	9,14	0,18	30	9,37	0,08
Que el plan de formación incluya capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	37	8,32	0,20	30	8,3	0,15
Definir un plan de crisis que recoja qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	37	8,11	0,24	30	8,67	0,09
Contar con un Comité de Crisis para el caso de EA en el que participan los directivos del hospital junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.	37	7,46	0,30			

Tabla 22. Sugerencias propuestas por el grupo de juristas/aseguradores para el bloque 2.

2. PLAN DE CRISIS

Contar con un Comité de Crisis para el caso de EA en el que participan los directivos del hospital junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.

Proponer a los implicados la posibilidad de contar con un mediador o con un comité de expertos que incluya personal ajeno al centro hospitalario especializado en EA.

En cuanto a las relaciones con el paciente y la familia, para los juristas cobran fuerza las ideas de claridad, continuidad y accesibilidad de la información.

Tabla 23. Resultados del grupo de juristas/aseguradores en el bloque 3.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA						
Tener la precaución de hacer un seguimiento al paciente que ha sufrido un EA durante unos meses para asegurarnos que las consecuencias han sido controladas.	37	8,43	0,22	30	8,6	0,13
Contar con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	37	8,38	0,21	30	8,6	0,12
Ofrecer siempre que sucede un EA con consecuencias graves, una información ágil, clara, honesta y completa al paciente (o sus familiares).	37	8,16	0,22	30	8,07	0,13
El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.	37	8,08	0,23	30	8,23	0,13
Acordar quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	37	8,05	0,21	30	8,07	0,13
Poner en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.	36	7,75	0,3			
El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente.	37	7,22	0,3			
El profesional sanitario implicado en el EA debe informar directamente al paciente y/o familia tras producirse un EA.	36	6,25	0,32			
Un profesional sanitario, distinto del implicado en el EA, debe informar directamente al paciente y/o familia tras producirse un EA.	36	5,94	0,49			

Tabla 24. Sugerencias propuestas por el grupo de juristas/aseguradores para el bloque 3.

3. COMUNICACIÓN Y TRASPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA

Un profesional sanitario, distinto del implicado en el EA, debe informar directamente al paciente y/o familia tras producirse un EA.

En el apartado de asistencia a los profesionales afectados, el mayor interés de los juristas se centra en el amparo legal, la disponibilidad de un aseguramiento y el apoyo institucional, después de esto señalan la necesidad de apoyo a las perturbaciones emocionales del afectado.

Tabla 25 Resultados del grupo de juristas/aseguradores en el bloque 4.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Medi a	C.V. .	n	Medi a	C.V. .
Ofrecer desde el primer momento a los profesionales que se ven involucrados en un EA asesoramiento legal.	36	8,67	0,22	30	8,7	0,12
Los profesionales cuentan con una póliza de seguro que cubre las posibles indemnizaciones y ofrece cobertura legal en caso de que suceda un EA.	36	8,53	0,22	30	8,77	0,11
La dirección está siempre disponible para atender a los profesionales que sufren como segundas víctimas la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales.	36	7,97	0,22	30	8,03	0,14
Contar con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las segundas víctimas.	35	7,83	0,25	30	8,2	0,14
Es preferible que el profesional busque representación legal fuera de la organización.	35	4,86	0,55			

Tabla 26. Sugerencias propuestas por el grupo de juristas/aseguradores para el bloque 4

4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales involucrados directamente en un EA)

Es preferible que el profesional busque representación legal fuera de la organización (2)

En el apartado de comunicación e imagen institucional, los juristas muestran en primer lugar mayor grado de acuerdo sobre otro aspecto "técnico jurídico" referente a la especialización de las compañías aseguradoras en el medio sanitario. A continuación, el énfasis se sitúa en el cuidado de la información ofrecida a los medios y en la necesidad de gestionarla de manera coordinada, continuada y a través de personas determinadas.

Tabla 27 Resultados del grupo de juristas/aseguradores en el bloque 5.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Medi a	C.V.	n	Medi a	C.V.
Procurar que las compañías aseguradoras estén suficientemente especializadas en la resolución de conflictos sanitarios.	37	8,81	0,18	31	8,81	0,14
No ofrecer ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.	37	8,78	0,26	31	9,03	0,1
Ser muy cuidadosos y celosos con la información personal que se brinda de pacientes y profesionales cuando ocurre un EA con impacto mediático.	37	8,76	0,23	31	9,1	0,08
Combatir el sensacionalismo y el posible ánimo de lucro injusto de algunas reclamaciones.	37	7,95	0,32	31	8,03	0,17
Designar a un portavoz que se hace cargo de la comunicación y relación con los medios.	37	7,7	0,28	31	8,19	0,16
Contar con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el hospital, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	37	7,22	0,28	31	7,81	0,14
Intentar resolver de manera rápida los conflictos y de preferencia de forma extrajudicial para amortiguar la penalidad.	36	6,89	0,36			
Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuar informando de lo que ha sucedido al resto del personal del hospital para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.	36	6,69	0,35			
El gabinete de prensa del hospital (o concertado con el hospital) procura mantener contacto con periodistas especializados en salud para informar correctamente de qué ha sucedido en el caso de un EA con impacto mediático.	37	6,35	0,36			

El gabinete de prensa del hospital (o concertado con el hospital) elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.	36	6,25	0,39
Las normas legales en España son adecuadas para la resolución de conflictos relacionados con la asistencia sanitaria.	37	5,86	0,35

Tabla 28. Sugerencias propuestas por el grupo de juristas/aseguradores para el bloque 5.

5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL	
Intentar resolver de manera rápida los conflictos y de preferencia de forma extrajudicial para amortiguar la penalidad.	
Las normas legales en España son adecuadas para la resolución de conflictos relacionados con la asistencia sanitaria.	

Profesionales de Medios y Unidades de Comunicación.

En el apartado de cultura, los periodistas señalan que lo más relevante es preparar a los profesionales para afrontar estas situaciones, conocer los EA, desarrollar acciones para que no se repitan y transparencia en la relación con el paciente, también cuando algo va mal.

Tabla 29. Resultados del grupo de profesionales de medios y unidades de comunicación en el bloque 1.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
1. En los hospitales...						
Preparar a los profesionales para aceptar su responsabilidad sin culpabilizarse.	24	8,88	0,13	15	9,07	0,13
Contar con un sistema de notificación de incidentes y EA que recoja información para aprender de los errores y fallos.	23	8,83	0,13	15	9,13	0,11
Realizar estudios para determinar la frecuencia de EA (eventos adversos) y la efectividad de las medidas puestas en marcha para evitarlos.	24	8,62	0,14	13	8,38	0,21
La política en materia de seguridad del paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, reconociendo cuando así sea que se ha producido un error.	24	8,42	0,2	15	9,07	0,09

En el apartado de "Plan de Crisis" los profesionales de la comunicación, apoyan en primer lugar un conocimiento minucioso de lo sucedido, la comunicación eficaz, la formación en habilidades de comunicación, atender también a la comunicación dentro de la propia organización. No dejar estas acciones a la improvisación y evitar recelo o rechazo a los medios.

Tabla 30. Resultados del grupo de profesionales de medios y unidades de comunicación en el bloque 2.

Cuestiones	Ola 1			Ola 3		
	n	Medi a	C.V.	n	Medi a	C.V.
En caso de EA con consecuencias graves para un paciente, llevar a cabo un análisis interno para averiguar qué, cuándo, dónde, cómo ha sucedido y cuáles han sido sus causas a fin de evitar que suceda en el futuro.	24	9,46	0,09	15	9,4	0,1
Procurar la comunicación eficaz para amortiguar la beligerancia en caso de conflicto.	24	9,12	0,11	15	9,07	0,12
Que el plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	24	9,04	0,12	15	9,07	0,09
La información contrastada disminuye el nivel de conflicto.	24	8,96	0,14	15	9,07	0,11
Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidar de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.	24	8,96	0,13	15	9,07	0,1
Definir un plan de crisis que recoja qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	24	8,92	0,14	15	9	0,09
Contar con un Comité de Crisis para el caso de EA en el que participan los directivos del hospital junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.	24	8,88	0,13	15	8,8	0,16
No considerar a los medios de comunicación como enemigos del profesional implicado en un conflicto provocado por un EA.	23	8,13	0,15	15	8,27	0,16
Las organizaciones tienen pautas para relacionarse con los medios de comunicación en caso de denuncias relacionados con EA.	22	7,45	0,26			

Pedir disculpas en los medios de comunicación no significa asumir responsabilidades.	22	6,91	0,36	
--	----	------	------	--

Tabla 31. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales de medios y unidades de comunicación para el bloque 2.

2. PLAN DE CRISIS

Independientemente de que se pidan disculpas en los medios, siempre se debe asumir la responsabilidad.

En cuanto a la atención al paciente y/o familiares se coloca en los primeros puestos la necesidad de honestidad, la expresión de disculpas sinceras y la previsión de la persona, tiempo y forma que ha de liderar este proceso de información.

Tabla 32. Resultados del grupo de profesionales de medios y unidades de comunicación en el bloque 3.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.

3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA

Ofrecer, siempre que sucede un EA con consecuencias graves, una información ágil, clara, honesta y completa al paciente (o sus familiares).	24	9,38	0,08	15	9,47	0,07
Procurar que los profesionales tengan habilidades para comunicar malas noticias a pacientes y familiares.	23	9,17	0,11	15	8,93	0,11
Contar con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	24	9,17	0,08	15	8,93	0,1
Acordar quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	24	9,04	0,09	15	8,93	0,11
Tener la precaución de hacer un seguimiento al paciente que ha sufrido un EA durante unos meses para asegurarnos que las consecuencias han sido	23	8,61	0,13	15	8,47	0,11

controladas.						
El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente.	22	8,55	0,15	15	8,4	0,13
El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.	23	8,52	0,22	15	8,53	0,16
La organización ofrece sus recursos a pacientes que han sufrido un EA.	24	8,5	0,24	15	8,67	0,14
Poner en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.	23	8,22	0,16			
El profesional sanitario implicado en el EA debe informar directamente al paciente y/o familia tras producirse un EA.	23	7,74	0,22			

Tabla 33. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales de medios y unidades de comunicación para el bloque 3.

3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA

Hay que hablar en un lenguaje claro, sin hablar con tecnicismos, que dan la imagen de que se quiere ocultar algo.

En el apartado de asistencia a los profesionales, los profesionales de los medios alcanzan el mayor grado de acuerdo en la previsión de un protocolo de actuación con los profesionales afectados para conocer lo sucedido y en proveer apoyo de tipo legal.

Tabla 34. Resultados del grupo de profesionales de medios y unidades de comunicación en el bloque 4.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales involucrados directamente en un EA)						
Elaborar un protocolo sobre cómo actuar con las "segundas víctimas" (profesionales afectados) de los EA para analizar qué y cómo ha sucedido.	23	8,91	0,12	15	8,87	0,16
Ofrecer desde el primer momento a los profesionales que se ven involucrados en un EA, asesoramiento legal.	22	8,32	0,15	14	8,57	0,13
Los profesionales cuentan con una póliza de seguro que cubre las posibles indemnizaciones y ofrece cobertura legal en caso de que suceda un EA.	22	8,14	0,22			

En este apartado, interesa saber, dado el perfil de los encuestados que el mayor acuerdo se obtiene en la canalización de la información a través de un portavoz en primer lugar y a continuación se sitúan las respuestas que tienen que ver con el manejo contrastado de los hechos, la búsqueda de alianzas con profesionales especializados y considerar la comunicación como un proceso más que de manera puntual.

Tabla 35. Resultados del grupo de profesionales de medios y unidades de comunicación en el bloque 5.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL						
Designar un portavoz que se hace cargo de la comunicación y relación con los medios.	25	9,28	0,1	16	9,5	0,08
Ser muy cuidadosos y celosos con la información personal que se brinda de pacientes y profesionales cuando ocurre un EA con impacto mediático.	25	9,24	0,11	16	9,38	0,14
No ofrecer ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.	24	8,96	0,17	16	9	0,17
El gabinete de prensa del hospital (o concertado con el hospital) procura mantener contacto con periodistas especializados en salud para informar correctamente de qué ha sucedido en el caso de un EA con impacto mediático.	25	8,72	0,15	16	9,5	0,08
Contar con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el hospital, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	25	8,6	0,17	16	9	0,13
Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuar informando de lo que ha sucedido al resto del personal del hospital para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.	24	8,42	0,21			
El gabinete de prensa del hospital (o concertado con el hospital) elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.	24	8,38	0,2			

Profesionales de Salud Mental.

Los psiquiatras, psicólogos y enfermeras de Salud Mental destacan en primer lugar la idea de responsabilidad sin culpabilizarse, de nuevo el enfoque organizacional para abordar situaciones comprometidas, la transparencia, la expresión de disculpas y el aprendizaje de los errores.

Tabla 36. Resultados del grupo de profesionales de salud mental en el bloque 1.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
1. En los hospitales...						
Preparar a los profesionales para que acepten su responsabilidad sin culpabilizarse.	21	8,71	0,22	14	8,79	0,1
La política de seguridad del paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, reconociendo cuando así sea que se ha producido.	22	8,45	0,17	14	8,93	0,09
Contar con un sistema de notificación de incidentes y EA que recoja información para aprender de los errores y fallos.	22	8,27	0,25	14	8,71	0,1
Realizar sesiones sobre la ocurrencia de errores clínicos para analizarlos y evitar riesgos en el futuro.	22	8,18	0,23	14	8,71	0,09
Formar a los profesionales para afrontar las consecuencias (personales y profesionales) tras verse involucrados en un EA.	22	8	0,26	14	8,43	0,1
Realizar estudios para determinar la frecuencia de EA (eventos adversos) y la efectividad de las medidas que ponemos en marcha para evitarlos.	22	7,73	0,25			
La organización sanitaria considera el beneficio de la participación de Salud Mental en la resolución de conflictos.	21	7,1	0,33			

Tabla 37. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales de salud mental para el bloque 1.

1. En los hospitales...
La organización sanitaria considera el beneficio de la participación de Salud Mental en la resolución de conflictos.

En cuanto al "Plan de crisis" consideran relevante la comunicación de puertas adentro y el establecimiento de un plan de acción para enfrentar estas situaciones.

Tabla 38. Resultado del grupo de profesionales de salud mental en el bloque 2.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
2. PLAN DE CRISIS						
Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidar de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.	21	8,43	0,21	14	8,71	0,11
Definir un plan de crisis que recoja qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	21	8	0,36	14	8,57	0,09
Que el plan de formación incluya capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	21	7,62	0,31			
Contar con un Comité de Crisis para el caso de EA en el que participan los directivos del hospital junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.	21	6,71	0,35			

Tabla 39. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales de salud mental para el bloque 2.

2. PLAN DE CRISIS
Cada persona es singular y se debe respetar y escuchar la subjetividad de cada caso. Protocolizar la salud mental es imposible y no ayuda al paciente como persona que sufre.

En el apartado de comunicación, estos expertos abogan por dotar a los profesionales de habilidades de comunicación, la información oportuna y completa, la referencia de quien debe dirigir la información, y que esta sea continuada y accesible.

Tabla 40. Resultados del grupo de profesionales de salud mental en el bloque 3.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA						
Procurar que los profesionales tengan habilidades para comunicar malas noticias a pacientes y familiares.	21	8,81	0,24	14	9,29	0,07
Ofrecer, siempre que sucede un EA con consecuencias graves, una información ágil, clara, honesta y completa, al paciente (o sus familiares).	20	8,7	0,25	14	9	0,12
Acordar quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	21	8,14	0,22	14	8,5	0,1
El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.	20	8,1	0,2	14	8,57	0,12
Tener la precaución de hacer un seguimiento al paciente que ha sufrido un EA durante unos meses para asegurarnos que las consecuencias han sido controladas.	21	7,9	0,25	14	7,86	0,1
Animar a los profesionales a comunicar con los pacientes las consecuencias de un EA, su alcance y sus posibilidades de reparación.	20	7,8	0,28	14	8	0,14
El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves puede, si lo desea, recibir asistencia psicológica ofrecida por el hospital.	21	7,71	0,25			
Poner en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.	20	7,35	0,24			
Contar con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y	21	6,9	0,48			

quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.			
El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente.	20	6,85	0,36

Tabla 41. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales de salud mental para el bloque 3.

3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA

La comunicación y transparencia hacia el paciente y su familia dependerá de su propia idiosincrasia ya que no toda estructura familiar cuenta con los mismos recursos. El profesional debe adecuarse a cada caso, manteniendo siempre un vínculo seguro.

En cuanto a la atención a los profesionales afectados, recomiendan que el profesional se implique en la búsqueda de soluciones para evitar que los errores se vuelvan a producir, el valor de la ayuda que pueden aportar organizaciones corporativas, acomodar las exigencias laborales a la situación de la segunda víctima, proporcionar apoyo psicológico y el valor de los profesionales cercanos como recurso de apoyo.

Tabla 42. Resultados del grupo de profesionales de salud mental en el bloque 4.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Medi a	C.V.	n	Medi a	C.V.

4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales).

Ofrecer a la "segunda víctima" que participe activamente en la búsqueda de soluciones para que el EA no se vuelva a producir en el futuro en ninguna otra planta o servicio del hospital.	20	7,9	0,32	14	7,71	0,22
Las organizaciones profesionales corporativas (Colegios) pueden aportar dispositivos de ayuda y orientación a los profesionales afectados.	19	7,68	0,38	14	6,93	0,43

Acomodar (adaptación laboral) las exigencias laborales, a las necesidades de las "segundas víctimas".	20	7,3	0,32	14	7	0,29
Elaborar un protocolo sobre cómo actuar con las "segundas víctimas" (profesionales afectados) de los EA para analizar qué y cómo ha sucedido.	21	7,14	0,37	14	7,86	0,15
Los profesionales que se ven involucrados en un EA cuentan, si lo desean, con apoyo psicológico ofrecido por el hospital para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.	21	7,1	0,42	14	8	0,16
Ofrecer y recomendar de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.	21	7,1	0,34	14	7,21	0,12
Prestar atención a los profesionales del entorno del profesional afectado (misma especialidad, mismo servicio...).	20	6,85	0,34			
Poner a disposición los profesionales que se han visto involucrados en un EA con consecuencias graves, un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia.	20	6,8	0,48			
Contar con "pares" entrenados para ayudar al afectado es beneficioso para el profesional involucrado en un EA.	20	6,4	0,42			
Es preferible que el profesional busque ayuda psicológica fuera de la organización en caso de conflicto.	19	6,16	0,58			

Tabla 43 Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales de salud mental para el bloque 4.

4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales involucrados directamente en un EA)
Es preferible que el profesional busque ayuda psicológica fuera de la organización en caso de conflicto.
Es importante que en el ámbito laboral los profesionales cuenten con una figura de supervisión interna o externa al centro, con el que puedan mantener un apego seguro.

En cuanto a comunicación institucional, la mayor contundencia se refiere al tratamiento riguroso de la información ofrecida por la organización y a canalizar ésta a través de un portavoz.

Tabla 44. Resultados del grupo de profesionales de salud mental en el bloque 5.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL						
No ofrecer ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.	19	9,16	0,23	14	9,57	0,07
Ser muy cuidadosos y celosos con la información personal que se brinda de pacientes y profesionales cuando ocurre un EA con impacto mediático.	20	9,05	0,23	14	9,64	0,05
Designar a un portavoz que se hace cargo de la comunicación y relación con los medios.	20	8,45	0,31	14	8,93	0,09
Contar con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el hospital, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	19	7,79	0,26			

Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuamos informando de lo que ha sucedido al resto del personal del hospital para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.	18	7,11	0,44	
--	----	------	------	--

Tabla 45 Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales de salud mental para el bloque 5.

5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL	
Es fundamental la ética y conocer y respetar el código deontológico en el ámbito sanitario.	

Profesionales Sanitarios Asistenciales.

Los profesionales de "primera línea", manifiestan el mayor acuerdo en conocer la ocurrencia de EA mediante sistemas de notificación, el análisis de los hechos y la implementación de medidas para evitar que vuelvan a suceder y la información al paciente cuando se producen.

Tabla 46. Resultados del grupo de profesionales sanitarios asistenciales en el bloque 1.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.

1. En los hospitales...

Contar con un sistema de notificación de incidentes y EA que recoja información para aprender de los errores y fallos.	49	9,04	0,12	37	9,22	0,1
Realizar sesiones sobre la ocurrencia de errores clínicos, para analizarlos y evitar riesgos en el futuro.	49	9	0,15	37	9,14	0,08
Formar a los profesionales para afrontar las consecuencias (personales y profesionales) tras verse involucrados en un EA.	49	8,8	0,15	37	8,97	0,1

Realizar estudios para determinar la frecuencia de EA (eventos adversos) y la efectividad de las medidas que ponemos en marcha para evitarlos.	49	8,8	0,18	37	8,59	0,11
La política de seguridad del paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, reconociendo cuando así sea que se ha producido un error.	49	8,55	0,19	35	8,69	0,12

Tabla 47. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales sanitarios asistenciales para el bloque 1.

1. En los hospitales

Dar información antes de que ocurran los EA.

En el apartado de "Plan de Crisis", este grupo también destaca en primer lugar la información dentro de la propia organización cuando sucede un EA con consecuencias graves para el paciente, el establecimiento de un plan para afrontar ordenadamente estas situaciones y dotar a los profesionales de habilidades de comunicación.

Tabla 48. Resultados del grupo de profesionales sanitarios asistenciales en el bloque 2.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Medi a	C.V.	n	Medi a	C.V.
Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidar de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.	48	8,98	0,13	37	9,08	0,08
Definir un plan de crisis que recoja qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	48	8,62	0,16	37	8,86	0,09

Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	47	8,26	0,23	36	8,53	0,13
Contar con un Comité de Crisis para el caso de EA en el que participan los directivos del hospital junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.	48	7,58	0,29			

Tabla 49. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales sanitarios asistenciales para el bloque 2.

2. PLAN DE CRISIS

El Comité de Crisis debe ser técnico, con la inclusión del Director Médico.

Hay que formar y sensibilizar con casos prácticos como aprender de los errores.

En cuanto a la comunicación institucional vuelve a señalarse la calidad y la oportunidad de la información, la petición sincera de disculpas, la continuidad, la facilidad para acceder a la información y el apoyo explícito al paciente y familiares.

Tabla 50. Resultados del grupo de profesionales sanitarios asistenciales en el bloque 3.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.

3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA

Ofrecer, siempre que sucede un EA con consecuencias graves, una información ágil, clara, honesta y completa. Al paciente (o sus familiares).	48	8,85	0,18	36	8,83	0,15
El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente.	48	8,33	0,22	35	8,4	0,12
El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.	48	8,29	0,27	37	8,92	0,11

Contar con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	48	8,23	0,26	37	8,38	0,2
El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves puede, si lo desea, recibir asistencia psicológica ofrecida por el hospital.	48	8,21	0,21	37	8,46	0,12
Acordar quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	48	8,12	0,28	37	8,11	0,17
Establecer el papel que debe jugar en la relación y comunicación con el paciente la dirección del Servicio Médico, la Supervisora de Enfermería, la Dirección Médica y la de Enfermería en el caso de un EA.	48	7,88	0,29			
Poner en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.	48	7,79	0,28			
El profesional sanitario implicado en el EA debe informar directamente al paciente y/o familia tras producirse un EA.	48	6,98	0,39			
10. Un profesional sanitario, distinto del implicado en el EA, debe informar directamente al paciente y/o familia tras producirse un EA.	48	5,42	0,61			

Tabla 51. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales sanitarios asistenciales para el bloque 3.

3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA

Es el médico responsable quien debe informar directamente y no necesariamente el profesional implicado en el evento.

En cuanto a la atención a los profesionales tras un EA, se prioriza la idea del apoyo legal, el análisis de los hechos, el apoyo psicológico e institucional, la adaptación laboral y la participación de "pares" en este proceso de asistencia a la segunda víctima.

Tabla 52. Resultados del grupo de profesionales sanitarios asistenciales en el bloque 4.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales involucrados directamente en un EA)						
Ofrecer desde el primer momento a los profesionales que se ven involucrados en un EA asesoramiento legal.	48	8,62	0,22	37	8,86	0,11
Elaborar un protocolo sobre cómo actuar con las segundas víctimas de los EA (profesionales afectados) para analizar qué y cómo ha sucedido.	48	8,58	0,18	37	8,59	0,17
Los profesionales que se ven involucrados en un EA cuentan, si lo desean, con apoyo psicológico ofrecido por el hospital para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.	48	8,27	0,25	37	8,62	0,13
La dirección está siempre disponible para atender a los profesionales que sufren como segundas víctimas la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales.	48	8,04	0,27	37	8,46	0,14
Contar con "pares" entrenados para ayudar al afectado es beneficioso para el profesional involucrado en un EA.	46	7,85	0,2	37	7,89	0,19
Acomodar (adaptación laboral) las exigencias laborales a las necesidades de las "Segundas Víctimas".	47	7,79	0,23	37	7,84	0,14
Ofrecer y recomendar de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.	48	7,75	0,31	37	7,7	0,17
Las organizaciones profesionales corporativas (Colegios) pueden aportar dispositivos de ayuda y orientación a los profesionales afectados.	48	7,19	0,33			
Prestar atención a los profesionales del entorno del profesional afectado (misma especialidad, mismo servicio).	48	6,96	0,33			

Tabla 53. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales sanitarios asistenciales para el bloque 4.

4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales involucrados directamente en un EA)

Ofrecer de forma sistemática pero no recomendar a los profesionales en el evento con consecuencias graves que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar que ha sucedido y aliviar la presión que sienten.

Establecer un sistema de comunicación de EA y protección de profesionales que han detectado un EA y cuya notificación puede afectar directamente a otros profesionales que desconocen u ocultan ese EA

Formación con casos prácticos a los profesionales sobre la importancia de la discreción y atención a las segundas víctimas

En cuanto a la comunicación institucional, el mayor acuerdo hace referencia al tratamiento riguroso de la información, contrarrestar informaciones desproporcionadas, canalizar la información a través de un portavoz, buscar canales de mediación extrajudicial ágiles, y dar continuidad a la información.

Tabla 54. Resultados del grupo de profesionales sanitarios asistenciales en el bloque 5.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
Ser muy cuidadosos y celosos con la información personal que se brinda de pacientes y profesionales cuando ocurre un EA con impacto mediático.	48	9,27	0,15	37	9,51	0,06
No ofrecer ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.	48	9	0,25	37	9,27	0,12
Combatir el sensacionalismo y el posible ánimo de lucro injusto de algunas reclamaciones.	48	8,88	0,16	37	9,08	0,09

Designar a un portavoz que se hace cargo de la comunicación y relación con los medios.	48	8,65	0,16	37	8,76	0,11
Intentar resolver de manera rápida los conflictos. y de preferencia de forma extrajudicial para amortiguar la penalidad.	48	8,4	0,2	37	8,65	0,1
Contar con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el hospital, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	48	8	0,21	37	8,41	0,14
Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuamos informando de lo que ha sucedido al resto del personal del hospital para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.	47	7,77	0,26			
El gabinete de prensa del hospital (o concertado con el hospital) procura mantener contacto con periodistas especializados en salud para informar correctamente de qué ha sucedido en el caso de un EA con impacto mediático.	48	7,62	0,29			
El gabinete de prensa del hospital (o concertado con el hospital) elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.	48	7,42	0,32			

Tabla 55. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales sanitarios asistenciales para el bloque 5.

5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL

El comunicado a los medios más que pronto tiene que hacerse bien, por la persona adecuada (portavoz) y en el momento oportuno.

A continuación, presentamos los resultados de aquellas proposiciones planteadas a todos los grupos. Estas cuestiones comunes han sido valoradas

con alta puntuación y no existen grandes diferencias entre los distintos colectivos.

La necesidad de detectar EA mediante sistemas de notificación es mejor valorada por los profesionales asistenciales.

Tabla 56. Ítem transversal del bloque 1.

1. En el hospital...

Contar con un sistema de notificación de incidentes y EA que recoja información para aprender de los errores y fallos

	n	Media	C.V.
Grupo 1. Expertos en Calidad/Seguridad	57	9,14	0,13
Grupo 2. Juristas/Aseguradores	31	8,94	0,12
Grupo 3. Profesionales de Medios y Unidades de Comunicación	15	9,13	0,11
Grupo 4. Profesionales de Salud Mental	14	8,71	0,1
Grupo 5. Profesionales Sanitarios Asistenciales	37	9,22	0,1

El que los centros dispongan de un plan de crisis explícito para cuando se produce un EA con consecuencias graves, es contemplado mejor valorado con diferencia por los expertos en calidad/seguridad.

Tabla 57. Ítem transversal del bloque 2.

2. PLAN DE CRISIS

Definir un plan de crisis que recoja qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes

	n	Media	C.V.
Grupo 1. Expertos en Calidad/Seguridad	57	9,25	0,1
Grupo 2. Juristas/Aseguradores	30	8,67	0,09

Grupo 3. Profesionales de Medios y Unidades de Comunicación	15	9	0,09
Grupo 4. Profesionales de Salud Mental	14	8,57	0,09
Grupo 5. Profesionales Sanitarios Asistenciales	37	8,86	0,09

La transparencia en la información al paciente y entorno, así como la información continuada, sin barreras y liderada por una persona predeterminada, es también mejor valorada por los expertos en calidad/seguridad.



Tabla 58. Ítems transversales del bloque 3 (1).**3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA**

Ofrecer siempre que sucede un EA con consecuencias graves una información ágil, clara, honesta y completa, al paciente (o sus familiares)

	n	Media	C.V.
Grupo 1. Expertos en Calidad/Seguridad	55	9,29	0,13
Grupo 2. Juristas/Aseguradores	30	8,07	0,13
Grupo 3. Profesionales de Medios y Unidades de Comunicación	15	9,47	0,07
Grupo 4. Profesionales de Salud Mental	14	9	0,12
Grupo 5. Profesionales Sanitarios Asistenciales	36	8,83	0,15

Tabla 59. Ítems transversales del bloque 3 (2).**3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA**

El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesionales de contacto para orientarle y responder a sus preguntas

	n	Media	C.V.
Grupo 1. Expertos en Calidad/Seguridad	55	9,09	0,09
Grupo 2. Juristas/Aseguradores	30	8,23	0,13
Grupo 3. Profesionales de Medios y Unidades de Comunicación	15	8,53	0,16
Grupo 4. Profesionales de Salud Mental	14	8,57	0,12
Grupo 5. Profesionales Sanitarios Asistenciales	37	8,92	0,11

Tabla 60. Ítems transversales del bloque 3 (3).

3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA			
Acordar quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA			
	n	Media	C.V.
Grupo 1. Expertos en Calidad/Seguridad	56	8,43	0,12
Grupo 2. Juristas/Aseguradores	30	8,07	0,13
Grupo 3. Profesionales de Medios y Unidades de Comunicación	15	8,93	0,11
Grupo 4. Profesionales de Salud Mental	14	8,5	0,1
Grupo 5. Profesionales Sanitarios Asistenciales	37	8,11	0,17

El tratamiento riguroso de la información en cuanto a preservar la privacidad, el contraste de los hechos y evitar dispersar la información mediante la designación de un portavoz, es más valorada por los profesionales de salud mental, sin grandes diferencias entre la estimación de los grupos. Los profesionales de los medios de comunicación consideran más importante en este apartado, la designación de un portavoz para ofrecer la información.

Tabla 61. Ítems transversales del bloque 5 (1).

5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL			
Ser muy cuidadosos y celosos con la información personal que se brinda de pacientes y profesionales cuando ocurre un EA con impacto mediático.			
	n	Media	C.V.
Grupo 1. Expertos en Calidad/Seguridad	56	9,61	0,08
Grupo 2. Juristas/Aseguradores	31	9,1	0,08
Grupo 3. Profesionales de Medios y Unidades de Comunicación	16	9,38	0,14

Grupo 4. Profesionales de Salud Mental	14	9,64	0,05
Grupo 5. Profesionales Sanitarios Asistenciales	37	9,51	0,06

Tabla 62. Ítems transversales del bloque 5 (2).

5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL

No ofrecer ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados

	n	Media	C.V.
Grupo 1. Expertos en Calidad/Seguridad	56	9,48	0,13
Grupo 2. Juristas/Aseguradores	31	9,03	0,1
Grupo 3. Profesionales de Medios y Unidades de Comunicación	16	9	0,17
Grupo 4. Profesionales de Salud Mental	14	9,57	0,07
Grupo 5. Profesionales Sanitarios Asistenciales	37	9,27	0,12

Tabla 63. Ítems transversales del bloque 5 (3).

5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL

Designar un portavoz que se hace cargo de la comunicación y relación con los medios

	n	Media	C.V.
Grupo 1. Expertos en Calidad/Seguridad	56	9,12	0,11
Grupo 2. Juristas/Aseguradores	31	8,19	0,16
Grupo 3. Profesionales de Medios y Unidades de Comunicación	16	9,5	0,08
Grupo 4. Profesionales de Salud Mental	14	8,93	0,09
Grupo 5. Profesionales Sanitarios Asistenciales	37	8,76	0,11

7. DISCUSIÓN.



Los resultados del trabajo aportan recomendaciones, útiles y orientadas a la acción, en primer lugar se reconoce la trascendencia del fenómeno de las segundas víctimas, hay acuerdo contundente en todos los grupos de expertos en que los profesionales implicados en un EA se pueden ver severamente afectados y que es necesario prestarles apoyo. También reconocen la trascendencia del manejo cuidadoso de la información en sus vertientes clínica, institucional y pública.

Los expertos nos aconsejan ofrecer una información al paciente y su entorno, rápida, veraz, ofrecida por el profesional responsable si esto es posible, ya que en algunos EA, el profesional responsable puede estar afectado o tener dificultad de comunicación con el paciente o familiares. La información debe ser además continuada, debe incluir una expresión auténtica de disculpas, de asunción justa de responsabilidades y es recomendable que incluya las medidas que se han adoptado para evitar la repetición del EA, también en el momento oportuno los cauces posibles de reparación del daño.

Otra recomendación que mueve a la acción es la implicación de la Dirección y la existencia de estructuras formalizadas de apoyo a los profesionales afectados, en este apartado resulta útil disponer de "pares" preparados para estas eventualidades donde pueden jugar un papel relevante los mandos intermedios que pueden acomodar el desempeño profesional a la situación de la Segunda víctima, ofrecer apoyo psicológico y orientación legal en su caso a los profesionales afectados.

En el aspecto de comunicación institucional resulta aconsejable centralizar la información en un portavoz coordinado con clínicos y Dirección para que amortigüe en primer lugar la tendencia a las especulaciones dentro de la propia organización y se relacione con los medios de comunicación de manera ordenada y veraz.

Todas estas acciones no pueden ser objeto de improvisación, hay que tener preparado un plan que se inserte en el conjunto de procesos de la organización, que incluya acciones de formación para enfrentar emocionalmente estas situaciones y ser capaz de comunicar malas noticias.

Otro aspecto a señalar es el elevado acuerdo en promover sistemas de registro y análisis de EA para aprendizaje, implantación de medidas correctoras y evitar la repetición de EA.

Por tanto, acuerdo sobre actitudes o valores que deben compartir las organizaciones y que coinciden con principios éticos poco discutibles de veracidad, transparencia, y reparación del daño. Resulta evidente que no se podría defender dialécticamente la postura contraria, pero el hecho de que se enfatizan de esta manera, pensamos que no solo coincide con la alta cualificación moral de los profesionales, sino también con el convencimiento de que obrar así evita más complicaciones tras producirse un EA.

Cabe una evidente área de mejora en la formación de los profesionales, para favorecer una cultura de seguridad y la notificación de casos.¹⁰³ Por otro lado, la posible vinculación de un EA a un supuesto de responsabilidad es el principal obstáculo para el uso generalizado del sistema de notificación de EA y de información abierta al paciente, está pendiente en España establecer disposiciones legales específicas que protejan la indemnidad legal de los profesionales que notifican EA.

El escenario actual de nuestras organizaciones sanitarias es de ausencia de recursos de apoyo de atención a los profesionales para prevenir y reducir los daños relacionados con un EA^{104, 105} y la dirección dista de asumir un papel de liderazgo para establecer protocolos de apoyo a sus profesionales después del EA.

Es evidente la necesidad de desplegar acciones para manejar correctamente la comunicación en el ámbito clínico, mediático y dentro de la organización y sobre todo de atención a las segundas víctimas.

Dentro de estas acciones no obligadas, destaca la idea de la previsión, ya que sabemos que irremediablemente nos enfrentamos a estas situaciones, así la existencia de un plan, la designación de portavoces, el análisis riguroso de la información, el compromiso de la dirección, el entrenamiento de los profesionales para comunicar y para afrontar situaciones complicadas y la disponibilidad explícita de estructuras formales de apoyo alcanzan un acuerdo notable en todos los grupos.

Estas ideas priorizadas por todos los grupos, orientan el rumbo de acciones concretas para las organizaciones y de alguna manera señalan la diferencia "sensu contrario" de prácticas poco prudentes y del tratamiento o mejor desatención actual ante estas situaciones.

Es curioso comprobar la fértil producción de trabajos científicos publicados sobre múltiples aspectos relacionados con la seguridad clínica, especialmente desde la publicación de seminal informe del IOM, sin embargo se ha prestado poca atención al problema de las segundas víctimas. De la literatura revisada sobre el tema sabemos que:

- Cuando sucede un evento adverso, los profesionales sanitarios pueden resultar traumatizados.
- Que cerca de la mitad de los profesionales sanitarios experimentará el impacto como segunda víctima al menos una vez en su carrera profesional
- Que los síntomas consecuentes a un EA en el profesional son principalmente estrés post-traumático y burnout.

- Que estos síntomas pueden conducir a problemas en la vida personal del profesional
- Que en esta situación se incrementa la probabilidad de nuevos incidentes.
- Que hay acuerdo en la necesidad de prestar apoyo al profesional, tanto a nivel individual como organizacional y que a esta necesidad se le ha prestado poca atención.

Los resultados del trabajo no son sorprendentes, coinciden con los criterios que manejan los pocos grupos, casi todos en USA, que se han preocupado por este tema. En lo relativo a los principios de veracidad, honestidad, transparencia y en definitiva relación honesta con el paciente existe una tendencia creciente en muchos países de formalizar a través de proveedores, instituciones y agencias, estándares que explícitamente intentan ordenar esta relación de transparencia con recomendaciones, guías y acciones formativas. En el mundo de habla inglesa los términos más evocadores de esta tendencia son los de "open disclosure" o "full closure". Un paso más, de lo recomendable a lo obligatorio, es la tendencia de los legisladores estadounidenses hacia la discusión y promulgación de normas, federales y estatales, para garantizar este proceso de transparencia y que determinadas acciones del proceso, como la petición sincera de disculpas no supongan una penalidad legal para los profesionales y las instituciones. Aunque la cuestión plantea múltiples interrogantes, no cabe duda de que la tendencia avanza hacia la garantía de la información al paciente sobre efectos inesperados de la asistencia, incluso cuando el daño tiene causa en errores o funcionamiento inadecuado.

El enfoque de los trabajos revisados, se centra en estrategias para desarrollar estructuras de apoyo a los profesionales todos ellos con un abordaje cualitativo: cuestionarios, encuestas estructuradas o semi-estructuradas a profesionales que no son necesariamente segundas víctimas. Se describen experiencias formales

generalmente incipientes, de atención a estos profesionales, y que este apoyo debe ser parte integral de los programas de seguridad y objeto de investigación y formación.

El alcance de consensos entre profesionales, desde luego que no nos permite ofrecer recomendaciones universales, esta es una limitación de partida del método utilizado, de cualquier forma el consenso intersubjetivo, sin pretender encontrar soluciones exactas, si nos puede ofrecer cursos de acción prudentes para el abordaje de estas situaciones que presentan múltiples aristas.

Considerando estas limitaciones de las técnicas de abordaje cualitativo, también es cierto que tienen un espacio relevante para caracterizar fenómenos complejos y poco conocidos. Es sugerente el consejo de Karl Popper de que no hay método científico infalible, no se debe buscar la seguridad ni tener miedo al error, sino que hay que lanzarse con audacia intelectual a formular hipótesis arriesgadas, aunque una vez formuladas éstas han de ser sometidas al severo control de la crítica y la constatación empírica. La realidad siempre tiene la última palabra en la ciencia y con frecuencia desbarata nuestras expectativas más queridas y consensuadas.¹⁰⁶

Otra limitación, esta vez interna, tiene que ver con la baja tasa de participación en la segunda parte del estudio, de algunos perfiles profesionales. En este sentido llama la atención el bajo interés del grupo de los profesionales de Salud Mental, incluso por debajo de grupos de profesionales "sin bata".

También cabe la autocrítica para la segunda parte del estudio, en la que se elaboraron cuestionarios a medida para cada grupo profesional, aunque algunas preguntas se repetían en todos los grupos, este diseño ha tenido el efecto de dispersar los consensos, estoy convencido que deberíamos haber preguntado lo mismo a todos los grupos de expertos. En este sentido resulta

muy sugerente el elevado acuerdo que todos los grupos han alcanzado en cuanto a las propuestas comunes.

De cualquier manera no podemos subestimar el conocimiento obtenido mediante los métodos de investigación cualitativa, que nos pueden aportar, como se pretende en este estudio, un enfoque valioso para incorporar a nuestras organizaciones métodos de mejora de la calidad y la seguridad, especialmente en cuestiones novedosas, no bien atendidas, relevantes y en las que la respuesta organizacional suele ser "mirar para otro lado" y responder de manera reactiva con peligrosas improvisaciones. En este terreno, el de la seguridad y la calidad, estos métodos cualitativos tienen un espacio muy relevante junto con el análisis de casos e incluso la mera narrativa.

Bill Runcman⁵⁶ propone una elocuente analogía traída del ámbito clínico cuando se produce un evento adverso, la metáfora resume varias de las intenciones del trabajo: *"Las consecuencias de un evento adverso son análogas a las de una lesión cerebral grave. Después de una lesión cerebral, el daño provocado por el evento inicial es conocida como lesión primaria; este daño se añade al causado por eventos subsiguientes (tales como hipoxia e hipotensión) que provocan lesiones secundarias. La lesión primaria es un hecho consumado pero la afectación del daño secundario está, en buena medida, en manos del equipo médico. Por tanto, se debe dirigir un esfuerzo importante a minimizar el daño secundario. Después de un evento adverso en asistencia sanitaria, los factores secundarios pueden provocar tanto o más daño que el evento inicial. Este daño secundario puede ser resultado de comunicación deficiente, falta de empatía, o fallo en proporcionar apoyo cuando se precisa. Como en las lesiones cerebrales, la extensión del daño secundario está en manos del equipo"*.

La responsabilidad ética de las organizaciones se despliega en torno a todos aquellos afectados, directa o indirectamente, en sus intereses o derechos, por las iniciativas de la organización. Esta es la teoría de los stakeholders (partes interesadas) como procedimiento de análisis de la ética empresarial. En las

empresas sanitarias las primeras partes interesadas son obviamente los pacientes, pero además hay otras que deben tenerse en cuenta: familiares, profesionales e incluso a la sociedad en general.¹⁰⁷.



8. CONCLUSIONES.



- 1.-Hay un acuerdo general en que los eventos adversos, pueden desencadenar en el profesional involucrado alteraciones graves y que conviene atender a estos profesionales afectados.
- 2.-Los expertos consultados han alcanzado un amplio consenso sobre las propuestas de relación honesta y sincera con el paciente, en un clima organizacional que promueva la cultura de la seguridad.
- 3.-Hay amplio acuerdo entre los participantes sobre la necesidad de establecer estructuras de apoyo y atención integrales a las segundas víctimas, proceso guiado preferentemente por profesionales cercanos, sensibles y entrenados para estas situaciones.
- 4.-Se plantea como necesidad el manejo de la información a los pacientes de manera cuidadosa así como la necesidad de entrenamiento en habilidades de comunicación.
- 5.-Se recomienda la necesidad de establecer un plan que incluya las mejores prácticas para enfrentar las consecuencias de los efectos adversos que comprenda a los principales grupos de interés: el paciente y la familia en primer lugar, pero también al profesional afectado, otros profesionales, la organización y los medios de comunicación.
- 6.-Son necesarias estrategias a nivel organizacional de apoyo a la segunda víctima para cuidar a los trabajadores de la salud y para mejorar la calidad de la atención. Los programas deben incluir el apoyo proporcionado inmediatamente después del EA, así como en el medio y largo plazo.
- 7.-Los criterios priorizados, son coincidentes con los de otras experiencias que han abordado la atención a las segundas víctimas.
- 8.-Es notoria la necesidad de seguir investigando como afectan que los programas incipientes de atención a los profesionales, los nuevos estándares de

los órganos reguladores y agencias de calidad y los cambios normativos a los profesionales, pacientes y organizaciones.



9. BIBLIOGRAFÍA.



1. Aranaz-Andrés JM, Agra-Varela Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. *MedClín (Barc)* 2010;135(Supl 1):1-2.
2. Aranaz JM, Massó P. Riesgos de la hospitalización. El inicio de una controversia. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2005; 7: 17. Resumen y comentario de: Schimmel EM. The hazards of hospitalization. *QualSaf Health Care* 2003;12:58-64.
3. ¹Schimmel EM. The hazards of hospitalization. *Annals of Internal Medicine* 1964;60:100-110.
4. Alberti KGMM. Medical errors: a common problem. *BMJ* 2001;322:501-2.
5. ¹Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy - the price we pay -. *JAMA* 1955;159:1452.
6. Moser R. Diseases of medical progress. *N Engl J Med* 1956;255:606.
7. Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet* 1999;353:1178-81.
8. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st Century*. Washington DC: National Academy Press, 2001.
9. Muir Gray JA. *Atención sanitaria basada en la evidencia*. Churchill-Livingstone; 1997.
10. Aranaz JM, Moya C. Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev Calid Asist* 2011;26(6):331-2.
11. Holbrook J. The criminalisation of fatal medical mistakes. *BMJ* 2003;327:1118-9.
12. Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Alvarez E, Gea MT. La asistencia sanitaria como factor de riesgo. Los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Informe SESPAS 2006. *Gac Sanit* 2006;20:41-7.
13. Aranaz JM. Sucesos adversos relacionados con el uso del medicamento: ¿qué podemos aprender?. *Med Clín (Barc)* 2006;126:97-8.
14. Aibar-Remón C, Aranaz-Andrés JM, García-Montero JI, Mareca-Doñate R. La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. *Med Clín (Barc)* 2008;131:26-32.
15. Aibar C, Aranaz J. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la asistencia sanitaria?. *An Sist Sanit Navar* 2003;26:195-209.
16. Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Disponible en: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>. [Consultado el 10 de julio de 2017].
17. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Disponible en: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>. [Consultado el 10 de julio de 2017].
18. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324:370-6.

19. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ, Orozco D Terol E, Agra Y. y grupo de trabajo APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. APEAS 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2008. [NIPO: 351-08-092-X](#).
20. Combes A, Mokhtari M, Couvelard A, et al. Clinical and autopsy diagnoses in the intensive care unit: a prospectivestudy. *ArchInternMed* 2004;164:389-92.
21. WorldHealthOrganization (2004), World Alliance for Patient Safety: Forward Programme (Geneva World Health Organization). Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf. [Consultado el 10 de julio de 2017].
22. Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clín (Barc)* 2004; 123(1): 21-5.
23. AranazJM^a, Aibar C, Vitaller J. y Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006. Depósito legal: M. 19200-2006.
24. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Gea-Velázquez de Castro MT, Requena-Puche J, Terol-García E y grupo de trabajo ENEAS. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals. Results of the Spanish National Study of adverse events (ENEAS). *International Journal for Quality in Health Care* 2009;21(6):408-14.
25. Aranaz-Andrés JM, Aibar C, Limón R, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, Terol E. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *Eur J Public Health*. 2012;22(6)9215.
26. Deborah Seys, Susan Scott, Albert Wub, Eva Van Gervena, Arthur Vleugelsa, Martin Euwemac, Massimiliano Panella d, James Conway, Walter Sermeusa, Kris Vanhaecht. Supporting involved health care professionals (second victims) followingan adverse health event: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013) 678–687.
27. European Commission. Medical Errors.Special Eurobarometer.Enero 2016. Disponible en: http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_241_en.pdf [Consultado el 10 de julio de 2017].
28. Kaiser Family Foundation. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation/ Agency for Healthcare Research and Quality, 2000. Disponible en: <http://www.kff.org/other/poll-finding/five-years-after-iom-report-on-medical/> [Consultado el 10 de Julio de 2017].
29. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, et al. Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors. *N Engl J Med*. 2002;12;347:1933-40.
30. Robinson AR, Hohmann KB, Rifkin JI, Topp D, Gilroy CM, Pickard JA et al. Physician and Public Opinions on Quality of Health Care and the Problem of Medical Errors. *Arch Intern Med*. 2002 28;162:2186-90.
31. 34- Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ* 2000; 320:726-7.
32. Scott S, Hirschinger L, Cox K, McCoig M, Brandt J, Hall L. The natural history of recovery for the healthcare provider «second victim» after adverse patient events. *QualSaf Health Care* 2009; 18:325-30.
33. Scott SD, et al. Caring for Our Own: Deploying a System wide Second Victim Rapid Response Team. *The Joint Commission on Quality and Patient Safety* 2010 vol 35-5: 233-240.

34. Scott S, Hirschinger L, Cox K, McCoig M, Brandt J, Hall L. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 2009;18:325-30.
35. Mira JJ, Guilabert M, Ortiz L, Navarro I, Pérez-Jover V, Aranaz JM. Noticias de prensa sobre errores clínicos y sensación de seguridad al acudir al hospital. *Gac Sanit* 2010;24(1):33-9).
36. Pratt SD, Jachna BR. Care of the clinician after an adverse event. *International J Obstetric Anesthesia*. 2015; 24, 54-63.
37. Pratt S, Kenney L, Scott SD, Wu AW. How to develop a second victim support program: a toolkit for health care organizations. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2012 May;38(5):235-40.
38. Medically induced trauma support services (MITSS). [Sede Web]. Disponible en: http://www.mitss.org/patients_families_home.html. [Consultado el 10 de julio de 2017].
39. O'Beirne M, Sterling P, Palacios-Derflingher L, Hohman S, Zwicker K. Emotional impact of patient safety incidents on family physicians and their office staff. *J Am Board Fam Med*. 2012;25:177-83.
40. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser V, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *JtComm J Qual Patient Saf*. 2007;33:467-76.
41. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Services Research*. 2015; 15:151.
42. Missouri University Health Care. ForYOU Team-Caring for our own. [Sede Web]. 2015. Disponible en: <http://www.muhealth.org/about/qualityofcare/office-of-clinical-effectiveness/foryou-team/>. [Consultado el 10 de julio de 2017].
43. Susan D. Scott; Laura E Hirschinger et al. Caring for our own. Deploying a System wide Second Victim Response Team. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2010. 36-5:233-240.
44. Horstman MJ, et al. A 'Just Culture' for performance measures *BMJ Qual Saf* 2015;24:486-489.
45. Thomas H. Gallagher, TH et all. Disclosing Harmful Medical Errors to Patients. *N Engl J Med* 2007;356:2713-9.
46. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser V, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *JtComm J Qual Patient Saf*. 2007;33:467-76.
47. James, C. Doctors' duty to report poor practice. *BMJ* 2012; 314:e 1695.
48. Turillazzi E, Neri M. Medical error disclosure: from the therapeutic alliance to risk management: the vision of the new Italian code of medical ethics. *BMC Medical Ethics* 2014, 15:57.
49. Snyder L. American College of Physicians Ethics, Professionalism, and Human Rights Committee. American College of Physicians. Ethics Manual: sixth edition. *Ann Intern Med* 2012;156:73-104.
50. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Guía De Ética Médica. 2011. Disponible en:

http://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica_0.pdf.
[Consultado el 10 de julio de 2017].

51. Petronio S, Torke A, Bosslet G, Isemberg S, Wocial L, Helft PR. Disclosing Medical Mistakes: A Communication Management Plan for Physicians. *The Permanente Journal/Spring* 2013;17:73-79.
52. Albert W. Wu, Dennis J. Boyle, Gordon Wallace, Kathleen M. Mazor. Disclosure of adverse events in the United States and Canada: an update, and a proposed framework for improvement. *Journal of Public Health Research* 2013; 2:32:186-193.
53. Lezzoni LI, Rao SR, Des Roches CM, et al. Survey shows that at least some physicians are not always open or honest with patients. *Health Aff (Millwood)* 2012;31:383-91.
54. Boothman R, Blackwell A, Campbell D, Commiskey E, & Anderson S (2009) A Better Approach to Medical Malpractice Claims? The University of Michigan Experience, *J. Health & Life Sci.* L.125.
55. Kachalia A, Shojania KG, Hofer TP, Piotrowski M, Saint S. Does full disclosure of medical errors affect malpractice liability? *Joint Commission Journal on Quality & Safety* 2003; 29:503-511.
56. Mira JJ, Lorenzo S. Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a los/las pacientes tras un evento adverso. *Gac Sanit.* 2015;29:370-4.
57. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and Ethics in Healthcare. A Guide to Getting it Right* Ashgate (2008).
58. Health Law. "I'm sorry" laws and medical liability. *i Virtual Mentor. American Medical Association Journal of Ethics.* Vol 7, April 2007, nº 4.
59. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Disclosing Medical Errors. A Guide to An Effective Explanation and Apology.* 2007.
60. Massachusetts Coalition for Prevention of Medical Errors. *When Things Go Wrong: Responding to Adverse Events.* 2006.
61. El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales. Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
62. Denham C. TRUST: the 5 rights of the second victim. *J patient Saf.* 2007;3(2):107-19.
63. O.M.S. Pacientes para la seguridad del paciente. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/pfps_postcard_sp.pdf. [Consultado el 10 de julio de 2017].
64. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente. Madrid, 2011. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Perspectiva_ciudadanos_SP.pdf. [Consultado el 10 de julio de 2017].
65. Mira JJ. Pacientes por la seguridad de los pacientes. El papel del paciente en la seguridad de los pacientes. *Med Preventiva.* 2011;XVI:5-11.
66. Simón Lorda P. Ética y seguridad de los pacientes. Monografía Humanitas. Fundación. Medicina y Humanidades Médicas. Barc 2004-8. 145-161.
67. European Society for Quality in Health Care. Disponible en: <http://www.esqh.net>. [Consultado el 10 de julio de 2017].

68. Thomson R, Lewalle P, Sherman H. Towards an International Classification for Patient Safety: a Delphi survey. *Int J Qual Health Care*. 2009(1);21:9-17.
69. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *QualSaf Health Care*. 2005;14(5):364-6.
70. Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ QualSaf*. 2013;22(1):11-8.
71. Germán S, Navajas J, Silla I. El uso de cuestionarios en estudios de Cultura de Seguridad en organizaciones de alta fiabilidad. Revisión de la literatura y una aplicación en el Sector Nuclear Español. Ministerio de Economía y Competitividad. Departamento de Medio Ambiente. Informe Técnico CIEMAT, Diciembre 2014.
72. World Health Organization. Patient Safety. World Alliance for Patient Safety. Patient Safety. The Launch of the World Alliance for Patient Safety, Washington DC, USA , 27 October 2004. [Internet] [Accedido 20 febrero 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
73. Consejo de Europa. Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Estrasburgo. Consejo de Europa; 2004.
74. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Patient Safety Initiatives).[Internet]. JCAHO. [Accedido 20 febrero 2016]. Disponible en <http://www.jcaho.org/Patient Safety/>
75. Agency for Health Care Research and Quality.[Internet]. AHRQ. [Accedido 20 febrero 2016]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov>
76. The Australian Patient Safety Foundation.[Internet]. APSF. [Accedido 15 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.apsf.net.au>
77. Haute Autorité de Santé. [Internet]. HAS. [Accedido 15 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.hassante.fr>
78. Organización Panamericana de la Salud. Por la seguridad del paciente. [Internet]. OPS. [Accedido 16 marzo 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm
79. National Patient Safety. [Internet]. NHS. [Accedido 20 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk>
80. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
81. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente: Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
82. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el Sistema Nacional de Salud. [Internet] [Accedido 20 febrero 2016]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Declaracion_final_15nov2007.pdf

83. The National Quality Forum : Safe Practices For Better Health Care. A Consensus Report. Washington; NFQ; 2003.
84. The National Quality Forum : Safe Practices For Better Health Care. 2006. Update. Washington; NFQ; 2007.
85. National Health Service. Siete pasos para la seguridad del paciente. Traducción autorizada por el National Health Service de Reino Unido. NPSA. Seven steps to patient safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. [Internet] [Accedido 20 febrero 2016]. Disponible en: http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/ec03_doc.htm
86. European Commission. DG Health and Consumer Protection. Patient Safety : Making it happen. Luxembourg. Declaration on Patient Safety. 5th April 2005.
87. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Madrid. Informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.
88. Schein, E. *La cultura empresarial y el liderazgo. Una visión dinámica*. Plaza & Janes Editores. 1988.
89. Guldenmund FW. (Mis) understanding safety culture and its relationship to safety management. *Risk anal.* 2010;30(10):1466-80.
90. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020. 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategiaseguridad-del-paciente-2015-2020/> [Último acceso 20 julio 2017].
91. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995;311:42-5.
92. Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Atención Primaria* 2004;34(4):161-169.
93. OMS. Informe de los resultados de la encuesta Delfos sobre la introducción a la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. 8 de junio de 2007. Disponible en http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/web_modified_delphi_survey_overview_es.pdf. [Consultado el 10 de julio de 2017].
94. Chang A et al. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *International Journal for Quality in Health Advance* 2005; 1:11.
95. National Research Council, Assembly of Engineering, Committee on Flight Airworthiness Certification Procedures. Improving aircraft safety: FAA certification of commercial passenger aircraft. Washington, DC: National Academy of Sciences, 1980.
96. Fiesta J. Incident reports-confidential or not? *Nurs Manage* 1994; 25:17-18.
97. Hofer TP, Kerr EM, Hayward RA. What is an error? *EffClinPract* 2000; 3:1-10.
98. Vincent C, Ennis M, Audley RJ. *Medical accidents*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
99. Van Der Schaff TW. Development of a near miss management system at a chemical process plant. En: Van der Schaff TW, Hale AR, Lucas DA, eds. *Near miss reporting as a safety tool*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1991.
100. Ives G. Near miss reporting pitfalls for nuclear plants. En: Van der Schaff, Lucas DA, Hale AR, eds. *Near miss reporting as a safety tool*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1991.

101. US Nuclear Regulatory Commission. Reporting safety concerns to the NRC. Washington, DC: US Nuclear Regulatory Commission, 1998.
102. Orentlicher D. Medical malpractice. Treating the causes instead of the symptoms. *Med Care*, 2000; 38: 247-249.
103. Hesslink G, Berben S, Beune T, et al. Improving the governance of patient safety in emergency care: a systematic review of interventions. *BMJ Open* 2016; 6:e009837. doi:10.1136/bmjopen-2015-009837. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/1/e009837.full>
104. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thomson SG, Hoffman JM. The Second victim Experience and Support Tool. *Journal of patient Safety* [internet]. Ovid Technologies (Wolter Kluwer Health); 2017 jun; 13(2):93-102. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1097/pts.0000000000000129>
105. Gerven EV, Seys D, Panella M, Sermeus W, Euwema M, Federico F, et al. Involvement of health-care professionals in an adverse event: the role of management in supporting their workforce. *Polish Archives of Internal Medicine* [internet]. Towarzystwo Internistów Polskich/Polish Society of Internal Medicine; 2014 Apr 29; 124(6):313-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20452/pamw.2297>
106. Mosterín J. *Ciencia Filosofía y Racionalidad*. Primera edición. Gedisa. Barcelona 2013.
107. Simón P (ed.) *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Primera edición, Triacastela, 2005.



ANEXOS.



ANEXO 1: ARTÍCULO PUBLICADO EN LA REVISTA TRAUMA.

ORIGINAL

Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas

Repercussion of adverse events upon the healthcare professionals. A study of the second victims

Aranaz JM ^{1,2,3}, Mira JJ ^{3,4}, Guilabert M ⁴, Herrero JF ⁵, Vitaller J ^{1,2,6}, Grupo de trabajo «Segundas Víctimas» *

¹ Departamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante, España. ² CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). ³ Departamento de Salud Sant Joan-Alacant. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. ⁴ Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. ⁵ Inspección Médica de Elda, ⁶ Inspección Médica de Elche, Alicante, España.

Esta investigación ha sido financiada por FUNDACIÓN MAPFRE

Resumen

Objetivo: Consensuar recomendaciones para paliar los efectos de eventos adversos (EA) en las segundas víctimas. **Material y método:** Mediante un método de investigación cualitativa se establecieron recomendaciones de expertos sobre: apoyo emocional a segundas víctimas, asesoría legal y manejo de la comunicación institucional cuando se produce un evento adverso. Se utilizaron grabaciones de las sesiones, clasificando las ideas en categorías mutuamente excluyentes, y se consideró puntuación media y el grado de acuerdo (coeficiente variación).

Resultados: Los profesionales sanitarios implicados en un error que ocasiona un EA con consecuencias graves sufren graves problemas emocionales. Ante un EA se recomendó transparencia informativa, pedir disculpas y reparar el daño. Existió acuerdo en la necesidad de apoyar a los profesionales implicados e informar a los pacientes y al resto de profesionales de la organización.

Conclusión: Se presentan recomendaciones consensuadas sobre la comunicación al paciente que ha sufrido un error clínico, afrontar el error por parte de los profesionales y proteger la reputación profesional y social de profesionales e instituciones.

Palabras clave:

Seguridad del paciente, eventos adversos, error clínico.

Abstract

Objective: To establish consensus regarding the recommendations to palliate the effects of adverse events (AEs) in the second victims.

Methods: A qualitative study was made to establish expert recommendations referred to: emotional support for second victims, legal counseling, and management of institutional communication when an adverse event occurs. In addition, recordings of the sessions were used, classifying the ideas into mutually excluding categories. The mean score and degree of agreement (coefficient of variation) were considered.

Results: The healthcare professionals implicated in an error resulting in an adverse event with serious consequences suffer important emotional problems. In the event of an adverse event, the recommendations were transparency of information, the offering of sincere apologies, and repair of the damage caused. There was agreement over the need to support the implicated healthcare professionals and to inform the patients and the rest of the professionals of the organization.

Conclusion: Consensus-based recommendations are presented referred to informing the patient that there has been a clinical error, coping with the error on the part of the healthcare professionals, and safeguarding the professional and social reputation of both the professionals and the institutions.

Key words:

Patient safety, adverse events, medical error.

Correspondencia

JM Aranaz
Dpto. Salud Pública. Facultad Medicina. Campus de Sant Joan.
Ctra. Alicante-Valencia s/n. 03550 Sant Joan d'Alacant, Alicante, España.
e-mail: aranz_je@gva.es

Introducción

El número de estudios sobre seguridad clínica se ha incrementado de forma exponencial desde que se puso de manifiesto que en EE UU fallecían más pacientes por errores clínicos en los hospitales que conductores en las carreteras y autopistas norteamericanas. Posteriormente, otros estudios [1][2] han contribuido a que se incluya como un punto destacado la seguridad del paciente. Los eventos adversos (EA) ligados a la asistencia sanitaria suponen un problema importante para la salud pública [1] por su frecuencia y sus graves consecuencias. Su tendencia es creciente, tienen un gran impacto sanitario, económico, social e incluso mediático y, además, muchos de ellos son potencialmente evitables.

Centrados en los hospitales, la tasa de EA ha sido estimada entre un 4 y un 17%, de los que alrededor de un 50% han sido considerados evitables [3-7]. Los pacientes que sufren un EA, en ocasiones con consecuencias irreparables, constituyen las primeras víctimas. El estudio de las consecuencias profesionales y emocionales en los sanitarios que se ven involucrados en los EA ha pasado hasta ahora prácticamente desapercibido, aunque estas segundas víctimas suponen una pérdida que ningún sistema de salud debería permitirse [8][9]. A tenor de los datos de incidencia de EA encontrados en España [10][11], cabe esperar que hasta un 15% de la plantilla de profesionales sanitarios se vea involucrada anualmente en algún EA, lo que supone un número de profesionales mucho más importante de lo que inicialmente se creía.

En este estudio se pretende abordar la problemática de las segundas víctimas en nuestro país, recogiendo recomendaciones de expertos con el propósito de ayudar a directivos de centros sanitarios, jefes de servicio y a los propios profesionales a guiar sus actuaciones y sus decisiones en el caso de ocurrencia de un EA con consecuencias graves o muy graves para un paciente.

Material y métodos

Se realizó una revisión sistemática de la literatura, específicamente de *literatura gris* de más difícil acceso dadas las características de la temática en este estudio. La revisión orientó sobre los aspectos clave que se beneficiarían de las recomendaciones elaboradas. Posteriormente se aplicó la técnica de investigación cualitativa Metaplan [12]. Para ello, el equipo investigador definió los temas clave a debatir por los expertos invitados. Participaron en la técnica un total de 28 profesionales distribuidos en tres grupos de trabajo. Los expertos procedían de 11 hospitales, tres medios de comunicación, tres gabinetes jurídicos, dos universidades y expertos invitados de servicios centrales de dos comunida-

des autónomas y de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. El reclutamiento de expertos fue realizado por miembros del equipo de investigación a través de la técnica de bola de nieve.

A los participantes se les presentó cada una de las cuestiones predefinidas para que de forma individual formularan propuestas y después, en grupo, debatiesen sobre las mismas. Las preguntas se estructuraron en dos campos: búsqueda de apoyo emocional y asesoría legal a la segunda víctima y cómo afrontar desde las instituciones la comunicación en caso de EA.

En el primer grupo se abordaron las consecuencias personales, profesionales y familiares que afectan al profesional implicado en un EA, a continuación las medidas de reintegración del profesional a su práctica clínica y, después, determinar qué información aportar a las primeras víctimas de un EA, cómo dar esa información y cuándo es el momento oportuno. En el segundo grupo se analizaron las precauciones legales que debe adoptar un centro sanitario y los profesionales involucrados en un EA. En el tercer grupo, los participantes consensuaron recomendaciones para afrontar la comunicación de crisis y preservar el prestigio y reputación del centro y, además, elaborar normas de buena práctica para la comunicación de un EA.

Para identificar aquellas ideas de los debates sobre las que existió mayor consenso se pidió a los participantes que ponderasen cada una de las ideas en un rango entre 0 a 5 puntos, donde el 0 significaba que la idea propuesta no era prioritaria y 5 que la idea propuesta era prioritaria. El grado de acuerdo se evaluó mediante el coeficiente de variación. Además, se consideró el porcentaje de participantes que priorizaban una propuesta con 4 o 5 puntos. Este análisis de las respuestas por categorías permitió identificar posibles actuaciones en el caso de las segundas víctimas y condujo a la elaboración de un documento de recomendaciones para el abordaje emocional, jurídico y el tratamiento con los medios de comunicación.

Las sesiones de trabajo tuvieron una duración aproximada de tres horas. Las respuestas a las preguntas fueron registradas a través de grabadoras de audio, siempre contando con el permiso de los participantes. El análisis de la información se realizó a partir de las grabaciones de las sesiones, clasificando las ideas de cada sesión de trabajo en categorías mutuamente excluyentes.

Resultados

Entre las medidas que deben ponerse en práctica para favorecer la reintegración hacia la actividad profesional con seguridad, tanto para el profesional como para los pacien-

Tabla 1. Medidas para paliar consecuencias de los EA en segundas víctimas

Ideas de la discusión	% 4 y 5	Media	Varianza	CV
Instaurar la cultura para la prevención de EA	66,67	4,22	0,94	0,23
Hablar con los pacientes/familiares	77,78	4,22	0,69	0,20
Apoyo de la dirección al profesional	77,78	4,22	1,19	0,26
Análisis del suceso y búsqueda de soluciones	66,67	4,22	1,44	0,28
Reparar el daño que ha sufrido paciente	88,89	4,22	0,44	0,16
Controlar las reacciones de estrés agudo: ansiedad, miedo, culpa, etc.	77,78	4,11	1,61	0,31
Medidas de apoyo ante la inseguridad profesional	77,78	3,89	1,61	0,33
Protocolizar el apoyo al profesional	77,78	3,89	1,36	0,30
Potenciar amortiguadores de la culpa en los profesionales	66,67	3,78	0,94	0,26
Apoyo emocional compañeros	66,67	3,78	1,44	0,32
Formación en afrontamiento de errores	66,67	3,78	0,94	0,26
Apoyo legal	66,67	3,56	2,53	0,45

tes, estuvieron la necesidad de fomentar una cultura proactiva de prevención adaptada a nivel local, incluso aun cuando no haya habido ninguna situación comprometida. Como medidas de reintegración hacia el profesional se destacaron el respeto y apoyo desde la propia dirección del centro, el análisis del EA de la forma más objetiva posible, aprendiendo a controlar las reacciones emocionales y los juicios de valor. La existencia de protocolos de apoyo hacia el profesional y la formación en el afrontamiento del error deberán priorizarse, tanto antes de suceder el EA como después, es decir, la prevención y el tratamiento (Tabla 1). Otra recomendación fue favorecer la reparación del daño desde la dirección del centro, así como poner a disposición del profesional un apoyo legal y psicológico, haciendo este último extensivo a su familia y compañeros de trabajo para potenciar los amortiguadores naturales de la culpa.

Existió amplio consenso en que el médico responsable del paciente es quien debe informarle tanto a él como a su familia, independientemente de que el error o la concatenación de errores implique a otros profesionales, ya que es el referente de máxima autoridad y en el que delegan la mayor confianza. Si el propio médico responsable fuera el que ha cometido el error, debe valorarse la relación previa con el paciente y la familia, la posible repercusión legal por la autodeclaración de culpabilidad y si cuenta con apoyo del servicio o unidad asistencial para seguir siendo el interlocutor con el paciente. En cualquier caso, hubo amplio consenso en no personalizar el error en un profesional.

Dada la falta de entrenamiento de los profesionales sanitarios para dar malas noticias, y especialmente cuando ellos mismos pueden estar implicados en su causa, el grupo detectó la necesidad de capacitar a los profesionales en habilidades de comunicación.

Sobre el momento en que se debe informar existieron dos opiniones diferenciadas. Por un lado, los partidarios de informar inmediatamente y, por otro, los que opinaban que debe informarse cuando se tenga toda la información sobre lo sucedido. Sin embargo, también se consideró que en ocasiones puede transcurrir mucho tiempo hasta concluir la investigación, y cualquier demora facilitaría que la información, cargada de juicios de valor, fluyera por los propios pasillos y sin contraste.

También fueron valorados como necesarios aspectos como cuidar el entorno y la privacidad, ofrecer en lo posible alternativas y soluciones al paciente y la familia, ofrecer un nuevo contacto o dar de nuevo la información, actuar con la mayor transparencia o actuar con sentido de la justicia en aspectos administrativos que les facilite una posible indemnización.

En relación con el apoyo jurídico al profesional, los expertos participantes pusieron de manifiesto que una de las actuaciones es «no esconderse» y hablar con el paciente, con la familia y comprometerse a analizar profundamente el suceso. Presentar disculpas no equivale a asumir responsabilidades, y menos de tipo civil o penal. El centro debería apoyar al profesional, nunca condenarlo, y menos aún de forma pública, por lo que se consideró importante medir bien el mensaje público. Se valoró también como fundamental poner los hechos en conocimiento de la compañía de seguros a los efectos de asumir las posibles responsabilidades del centro, adelantándose con la posibilidad de iniciar un procedimiento de responsabilidad patrimonial frente a otros niveles de la demanda (Tabla 2).

En cuanto a la relación con los medios de comunicación, la opinión mayoritaria fue centralizar toda la información para que se pueda comunicar de forma eficaz y con la ma-

Tabla 2. Recomendaciones desde el punto de vista legal a las segundas víctimas

Ideas de la discusión	% 4 y 5	Media	Varianza	CV
Nunca se debe engañar a la familia y al paciente	100%	5	0,00	0,00
Escuchar siempre al profesional	100%	5	0,00	0,00
Hablar con el paciente, con la familia y comprometerse a analizar profundamente el EA	100%	4,90	0,10	0,06
Nunca esconderse, «dar la cara»	100%	4,90	0,10	0,06
Preparar y dar información a la familia	100%	4,90	0,10	0,06
Actuar pronto, no dejarlo para demasiado tarde	90%	4,80	0,40	0,13
Nunca se debe señalar y condenar públicamente al profesional que ha cometido el error	100%	4,80	0,18	0,09
Siempre se debe investigar y corregir	100%	4,80	0,18	0,09
Nunca se han de ocultar los hechos o culpabilizar	90%	4,80	0,40	0,13
Poner en conocimiento de la compañía de seguros a efectos de asumir las posibles responsabilidades del centro y/o iniciar un procedimiento de responsabilidad patrimonial para valorar las responsabilidades del servicio de salud	90%	4,60	0,49	0,15
No ocultar ninguna respuesta	70%	4,30	0,90	0,22
Medir bien el mensaje a los medios	80%	4,30	2,68	0,38
Hacer lo posible para conocer todos los detalles de lo que ha sucedido realmente	70%	4,20	0,84	0,22
Pedir disculpas no significa asumir responsabilidades	90%	4,20	2,40	0,37
Activar a los expertos clínicos y jurídicos	80%	4,20	1,07	0,25

Tabla 3. Elementos de un código de conducta para los responsables institucionales de informar de un EA

Ideas de la discusión	% 4 y 5	Media	Varianza	CV
Contrastar la información para luego contarla	100%	4,89	0,11	0,07
Respeto al profesional (2ª víctima)	88,89%	4,44	0,53	0,16
Evitar sensacionalismos	77,78%	4,22	1,19	0,26
No permitir el intrusismo profesional en periodismo	77,78%	4,11	1,61	0,31
Periodistas «especializados» en salud y sanidad	77,78%	4,11	0,61	0,19
Necesidad de conocer a los medios y que estos nos conozcan: establecer puentes	77,78%	4,00	1,00	0,25
Buscar la objetividad de la noticia (no culpables)	66,67%	3,89	1,11	0,27
Actuar de forma prudente y con datos objetivos en las tertulias	77,78%	3,78	1,94	0,37

por veracidad. El profesional implicado nunca tendría que informar a los medios de comunicación. La información, en cualquier caso, se consideró como un trabajo conjunto del gabinete de comunicación y la dirección del centro, honesto y sin dar nombres de profesionales implicados. La periodicidad en la transmisión de la información será diferente según los casos.

En el mensaje debe incluirse la asunción de responsabilidades de las consecuencias del EA de forma coherente, después de contrastar la información con las personas involucradas, evitando posturas de actitud defensiva, y siempre

por escrito, aunque no deban leerse. Como portavoz, la combinación de responsable de la organización y técnico en la materia pareció lo más aconsejable, sin olvidar que los «medios» no son el enemigo, son profesionales (Tabla 3). Finalmente, se concretó un decálogo de buenas prácticas para ayuda a las segundas víctimas (Tabla 4).

Discusión

Este trabajo es un intento de organizar la información y las actuaciones recomendables para paliar los efectos del EA en las segundas víctimas. Aunque el abordaje más idó-

Tabla 4. Decálogo de buenas prácticas para ayuda a las segundas víctimas

Decálogo
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.

neo de esta problemática probablemente hubiera exigido preguntarles directamente a los profesionales implicados, este enfoque plantea reservas éticas y no permitiría haber respondido a todas las preguntas que finalmente se les plantearon a los participantes. De ahí que se eligiera una aproximación cualitativa, asumiendo los problemas de validez externa que acompañan a estos trabajos, pero teniendo también en cuenta que contamos con expertos de relieve, de campos diversos y con la suficiente experiencia profesional como para dar la respuesta más equilibrada.

La descripción del impacto emocional y las medidas para reintegrar al profesional, enunciadas por los expertos participantes, resultan coincidentes con las sugeridas en otros estudios [13-15], probablemente porque las reacciones emocionales son independientes del estilo de práctica clínica y de la cultura de la organización. El mayor grado de consenso alcanzado en la dimensión moral de reparar el daño causado es una muestra inequívoca de madurez del medio sanitario como organización. Sin embargo, sabemos que casos de ocultamiento de los errores son posibles por la reacción defensiva y encubridora que se puede dar entre pares, como expresión de la amenaza de la cultura reactiva todavía vigente [16][17]. Si todos los profesionales están expuestos a cometer errores, y alguno de estos errores puede acabar dañando al paciente, lo más sensato es abordar con profesionalidad sus consecuencias, incluyendo las emocionales, judiciales y mediáticas.

Las recomendaciones de los expertos españoles son coincidentes con las de expertos de otros países [17] y van en contra de determinados prejuicios que optan por no informar al paciente, sugiriendo que la petición de disculpas no genera más conflictos legales, sino que es un extraordinario garante de la confianza del paciente en el profesional sani-

tario, y de cierta aminoración de la beligerancia, reforzando la conveniencia de actuar de forma temprana, con transparencia y honestidad.

En caso de un EA con consecuencias graves para el paciente, la mejor política es adoptar una actitud proactiva que se adelante a las situaciones de conflicto, en línea con las recomendaciones de otros autores [18-20].

Todas estas recomendaciones se superponen a las de Fallowfield *et al.* [21] revisando 120 estudios sobre comunicación de EA. También están en línea con los cuatro principios para la mejora de la comunicación de riesgos en salud pública [22]: lo percibido como «real» es la realidad, credibilidad y confianza son objetivos fundamentales, los mensajes se juzgan primero por la fuente y después por el contenido y, por último, la comunicación no se puede improvisar. Mantener la flexibilidad y la comprensión con pensamientos, valores y conductas de carácter positivo se suma a los facilitadores de la comunicación de riesgos [23].

Obtuvimos el consenso en los tres grupos sobre la importancia de no culpabilizar al profesional. Para ello, se requiere el fomento de una cultura de la seguridad del paciente en el centro y en el sistema sanitario [24], insistiendo en la necesidad de superar las formas de abordar el problema generando una «cultura de seguridad» en la organización que desarrolle mecanismos para evitar errores, pero también que cuando estos ocurran se pongan de manifiesto y se repare el daño. Este enfoque no es posible sin un decidido compromiso de la organización personalizada en sus directivos [25].

Es sabido que hablar de fallos y errores clínicos no es fácil por sus consecuencias emocionales, económicas, sociales, profesionales y jurídicas, pero también que no hablar de ello sería una irresponsabilidad que hoy no está permiti-

da. Ahora sabemos que no solo es una irresponsabilidad por las consecuencias en las víctimas directas de los EA sino también por sus efectos en las segundas víctimas. ■

* Grupo de trabajo «Segundas Víctimas»:

M^a Virtudes Pérez-Jover e Isabel María Navarro Soler (Universidad Miguel Hernández), José Miguel Dols (Universidad Autónoma de Madrid), Ángela Alonso y Carlos Sangregorio (Hospital Fuenlabrada de Madrid), Carmen Hernando de Larramendi (Hospital Severo Ochoa de Madrid), Carlos Mingote (Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo, de la Comunidad de Madrid), Javier Morón, Alberto Pardo y Elena Bartolomé (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid), Asunción Colomer (SUMMA Madrid), Jesús Casal y Mar Fernández (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud), Isabel Carrasco González (Agencia Laín Entralgo), Rafael Timermans (Fundación Hospital Alcorcón), Joaquín Martínez, Pedro Ruiz y Pilar Notario (Hospital Doce de Octubre de Madrid), Ramón Limón, Enrique Vélez y Patricia Pérez (Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant), Federico Montalvo y Javier Moreno (ASJUSA-Letramed y Universidad Pontificia Comillas ICADE), Carlos Fernández-Herreruela (AON y AEGRES), Ana M^a Rodríguez de Viguri (Aliad «Conocimiento y Servicio»), César Pascual (Hospital Infanta Leonor de Madrid) Coral Larrosa (Informativos Tele 5), Alejandro Alcalde (Radio Nacional de España), Cristina Sanz (Hospital La Princesa de Madrid) e Isabel Gutiérrez (Hospital Universitario Lozano Blesa de Zaragoza).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aranaz JM^a, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clín (Barc)* 2004; 123:21-5.
2. Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C, Orav EJ, Bates DW. The «To Err is Human» report and the patient safety literature. *Qual Saf Health Care* 2006; 15:174-8.
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, *et al.* Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324:370-6.
4. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, *et al.* The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324:377-84.
5. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, *et al.* Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000; 38:261-71.
6. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrisson BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian Health-Care Study. *Med J Aust* 1995; 163:458-71.
7. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001; 322:517-9.
8. Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ* 2000; 320:726-7.
9. Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G. Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Qual Saf Health Care* 2010; 19:e43.
10. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vítaller-Burillo J, Gea-Velázquez de Castro MT, Requena-Puche J, Terol-García E, *et al.* Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals. Results of the Spanish National Study of adverse events (ENEAS). *International Journal for Quality in Health Care* 2009; 21: 408-14.
11. Aranaz J, Aibar C, Limon, Mira JJ, Vítaller J, Agra Y, *et al.* A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *Eur J Public Health* 2012.
12. Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vítaller J. Investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Atención Primaria* 2004; 34:161-9.
13. Scott S, Hirschinger L, Cox K, McCoig M, Brandt J, Hall L. The natural history of recovery for the healthcare provider «second victim» after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 2009; 18:325-30.
14. Schwappach D, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly* 2008; 139:9-15.
15. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, *et al.* The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007; 33:467-76.
16. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003; 289:1001-7.
17. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med* 1992; 7:424-31.
18. Goldberg RM, Kuhn G, Andrew LB, Thomas HA. Coping with medical mistakes and errors in judgment. *Ann Emerg Med* 2002; 39:287-92.

19. Hilfiker D. Facing our mistakes. *N Engl J Med* 1984; 310:118-22.
20. Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med* 1996; 5:71-5.
21. Fallowfield L. Communication with patients after errors. *J Health Serv Res Pol* 2010;15(Suppl 1): 56-9.
22. Tormo MJ, Banegas JR. Mejorar la comunicación de riesgos en salud pública: sin tiempo para demoras. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75:7-10.
23. Aibar C. Del paciente informado al paciente consecuente. *Monografías Humanitas* 2005 ; 8:43-58.
24. Sharpe VA. Promoting patient safety. An ethical basis for policy deliberation. *Hastings Cent Rep* 2003; 33(suppl):3-18.
25. White AA, Waterman A, McCotter P, Boyle D, Gallagher TH. Supporting health care workers after medical error: considerations for healthcare leaders. *J Clin Outcom Manag* 2008; 15:240-7.



ANEXO 2: CUESTIONARIOS EMPLEADOS EN LA PLATAFORMA DELPHI.

Preguntas Grupo I: Expertos en Calidad/Seguridad:

CULTURA DE SEGURIDAD EN LA INSTITUCIÓN	Valore de 0 a 10 en que medida recomendaría esta acción.
En nuestro hospital...	
1. Hay que realizar estudios para determinar la frecuencia de EA y la efectividad de las medidas puestas en marcha para evitarlos.	
2. Hay que contar con un sistema de notificación de incidentes y EA que recoja información para aprender de los errores y fallos.	
3. La política de seguridad del paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, reconociendo cuando así sea que se ha producido un error.	
4. Hay que hacer sesiones sobre la ocurrencia de errores clínicos para analizarlos y evitar riesgos en el futuro.	
5. Hay que a conocer la información histórica sobre resolución de conflictos	
6. Hay que preparar a los profesionales para que acepten su responsabilidad sin culpabilizarse.	
PLAN DE CRISIS	
En nuestro hospital...	
1. Hay que definir un plan de crisis que recoge qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	
2. Hay que contar con un Comité de Crisis para el caso de EA en el que participan los directivos del hospital junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.	
3. Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	
4. Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidamos de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.	
5. En caso de EA con consecuencias graves para un paciente, siempre llevamos a cabo un análisis interno para averiguar qué, cuándo, dónde, cómo ha sucedido y cuáles han sido sus causas a fin de evitar que suceda en el futuro.	
6. La organización cuenta con un "portavoz" para comunicar con el paciente y su entorno las circunstancias de un EA.	
7. Los conflictos se intentan resolver de manera rápida y de preferencia extrajudicial para amortiguar la penalidad.	

COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA	
1. Hemos establecido el papel que debe jugar en la relación y comunicación con el paciente la Jefatura del Servicio Médico, la Supervisora de Enfermería, la Dirección Médica y la de Enfermería en el caso de un EA.	
2. Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	
3. El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente	
4. El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves puede, si lo desea, recibir asistencia psicológica ofrecida por el hospital.	
5. Procuramos siempre que sucede un EA con consecuencias graves ofrecer al paciente (o a sus familiares) una información ágil, clara, honesta y completa.	
6. El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.	
7. Ponemos en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.	
8. Tenemos la precaución de hacer un seguimiento al paciente que ha sufrido un EA durante unos meses para asegurarnos que las consecuencias han sido controladas.	
ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales)	
En nuestro hospital...	
1. Los profesionales cuentan con una póliza de seguro que cubre las posibles indemnizaciones y ofrece cobertura legal en caso de que suceda un EA.	
2. Los profesionales que se ven involucrados en un EA cuentan, si lo desean, con apoyo psicológico ofrecido por el hospital para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.	
3. Se ha elaborado un protocolo sobre cómo actuar con las segundas víctimas de los EA (profesionales afectados) para analizar qué y cómo ha sucedido.	
4. Ofrecemos y recomendamos de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.	
5. Ponemos a disposición los profesionales que se han visto involucrados en un EA con consecuencias graves de un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia.	
6. La dirección está siempre disponible para atender a los profesionales que sufren como segundas víctimas la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales.	
7. Contamos con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las segundas víctimas.	

8. La existencia de "pares" entrenados para ayudar al afectado es beneficioso para el profesional involucrado en un EA.	
9. Las organizaciones profesionales corporativas (Colegios) pueden aportar dispositivos de ayuda psicológica a los profesionales afectados.	
10. La organización acomoda (adaptación laboral) las exigencias laborales a las necesidades de las "Segundas Víctimas"	
COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL	
1. Somos muy cuidadosos y celosos con la información personal que se brinda de pacientes y profesionales cuando ocurre un EA con impacto mediático.	
2. No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.	
3. El gabinete de prensa del hospital (o concertado con el hospital) elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.	
4. El gabinete de prensa del hospital (o concertado con el hospital) procura mantener contacto con periodistas especializados en salud para informar correctamente de qué ha sucedido en el caso de un EA con impacto mediático.	
5. Hay designado un portavoz que se hace cargo de la comunicación y relación con los medios.	
6. Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuamos informando de lo que ha sucedido al resto del personal del hospital para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.	
7. Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el hospital, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	
8. La organización combate el sensacionalismo y el posible ánimo de lucro injusto de algunas reclamaciones.	

Preguntas Grupo II: Juristas/aseguradores:

CULTURA DE SEGURIDAD EN LA INSTITUCIÓN	Valore de 0 a 10 en que medida recomendaría esta acción.
1. Hay que realizar estudios para determinar la frecuencia de EA y la efectividad de las medidas que ponemos en marcha para evitarlos.	
2. Hay que contar con un sistema de notificación de incidentes y EA que recoja información para aprender de los errores y fallos.	
3. La política de seguridad del paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, reconociendo cuando así sea que se ha producido un error.	
4. Se ha dado a conocer a los profesionales el alcance de la cobertura de las pólizas de seguros.	
5. Hay que concienciar a los profesionales que los sistemas de aseguramiento no son seguros de impunidad o ausencia de responsabilidad.	
6. Se da a conocer la información histórica sobre resolución de conflictos	
PLAN DE CRISIS	
1. Hay que definir un plan de crisis que recoja qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	
2. Contamos con un Comité de Crisis para el caso de EA en el que participan los directivos del hospital junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.	
3. Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	
4. En caso de EA con consecuencias graves para un paciente, siempre llevamos a cabo un análisis interno para averiguar qué, cuándo, dónde, cómo ha sucedido y cuáles han sido sus causas a fin de evitar que suceda en el futuro.	
COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA	
En nuestro hospital...	
1. Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	
2. El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente	
3. Procuramos siempre que sucede un EA con consecuencias graves ofrecer al paciente (o a sus familiares) una información ágil, clara, honesta y completa.	
4. El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.	

5. Ponemos en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.	
6. Tenemos la precaución de hacer un seguimiento al paciente que ha sufrido un EA durante unos meses para asegurarnos que las consecuencias han sido controladas.	
ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales)	
1. Los profesionales cuentan con una póliza de seguro que cubre las posibles indemnizaciones y ofrece cobertura legal en caso de que suceda un EA.	
2. Los profesionales que se ven involucrados en un EA tienen asesoramiento legal desde el primer momento, ofrecido por el hospital.	
3. La dirección está siempre disponible para atender a los profesionales que sufren como segundas víctimas la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales.	
4. Contamos con un programa integral de orientación, consejo, soporte y ayuda a las segundas víctimas.	
5. Es preferible que el profesional busque representación legal fuera de la organización.	
COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL	
En nuestro hospital...	
1. Somos muy cuidadosos y celosos con la información personal que se brinda de pacientes y profesionales cuando ocurre un EA con impacto mediático.	
2. No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.	
3. El gabinete de prensa del hospital (o concertado con el hospital) elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.	
4. El gabinete de prensa del hospital (o concertado con el hospital) procura mantener contacto con periodistas especializados en salud para informar correctamente de qué ha sucedido en el caso de un EA con impacto mediático.	
5. Ha designado a un portavoz que se hace cargo de la comunicación y relación con los medios.	
6. Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuamos informando de lo que ha sucedido al resto del personal del hospital para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.	
7. Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el hospital, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	
8. Los conflictos se resuelven de manera rápida y de preferencia extrajudicial para amortiguar la penalidad.	

9. La organización combate el sensacionalismo y el posible ánimo de lucro injusto de algunas reclamaciones.	
10. Procuramos que las compañías aseguradoras estén suficientemente especializadas en la resolución de conflictos sanitarios.	
11. Las normas legales en España son adecuadas para la resolución de conflictos relacionados con la asistencia sanitaria.	

Grupo III: Profesionales de Medios y Unidades de Comunicación:

CULTURA DE SEGURIDAD EN LA INSTITUCIÓN	Valore de 0 a 10 en qué medida recomendaría esta acción.
En nuestro hospital...	
1. Hay que realizar estudios para determinar la frecuencia de EA y la efectividad de las medidas puestas en marcha para evitarlos.	
2. Hay que contar con un sistema de notificación de incidentes y EA que recoja información para aprender de los errores y fallos.	
3. La política en materia de seguridad del paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, reconociendo cuando así sea que se ha producido un error.	
4. Hay que preparar a los profesionales para aceptar su responsabilidad sin culpabilizarse.	
PLAN DE CRISIS	
En nuestro hospital...	
1. Hay que definir un plan de crisis que recoja qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	
2. Contamos con un Comité de Crisis para el caso de EA en el que participan los directivos del hospital junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.	
3. Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	
4. Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidamos de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.	
5. En caso de EA con consecuencias graves para un paciente, siempre llevamos a cabo un análisis interno para averiguar qué, cuándo, dónde, cómo ha sucedido y cuáles han sido sus causas a fin de evitar que suceda en el futuro.	
6. Procuramos la comunicación eficaz para amortiguar la beligerancia en caso de conflicto.	

7. Pedir disculpas en los medios de comunicación no significa asumir responsabilidades.	
8. La información contrastada disminuye el nivel de conflicto.	
9. Las organizaciones tienen pautas para relacionarse con los medios de comunicación en caso de denuncias relacionados con EA.	
10. No consideramos a los medios de comunicación como enemigos del profesional implicado en un conflicto provocado por un EA.	
COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA	
1. Hemos acordado quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	
2. Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	
3. El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente	
4. Procuramos siempre que sucede un EA con consecuencias graves ofrecer al paciente (o a sus familiares) una información ágil, clara, honesta y completa.	
5. El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.	
6. Ponemos en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.	
7. Tenemos la precaución de hacer un seguimiento al paciente que ha sufrido un EA durante unos meses para asegurarnos que las consecuencias han sido controladas.	
8. El profesional sanitario informa al paciente y/o familia tras producirse un EA.	
9. Se procura que los profesionales tengan habilidades para comunicar malas noticias a pacientes y familiares.	
10. La organización ofrece sus recursos a pacientes que han sufrido un EA.	
11. La organización cuenta con un "portavoz" para comunicar con el paciente y su entorno las circunstancias de un EA.	
ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales)	
En nuestro hospital...	
1. Los profesionales cuentan con una póliza de seguro que cubre las posibles indemnizaciones y ofrece cobertura legal en caso de que suceda un EA.	
2. Los profesionales que se ven involucrados en un EA tienen asesoramiento legal desde el primer momento, ofrecido por el hospital.	
3. Se ha elaborado un protocolo sobre cómo actuar con las segundas víctimas de los EA (profesionales afectados) para analizar qué y cómo ha sucedido.	

COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL	
En nuestro hospital...	
1. Somos muy cuidadosos y celosos con la información personal que se brinda de pacientes y profesionales cuando ocurre un EA con impacto mediático.	
2. No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.	
3. El gabinete de prensa del hospital (o concertado con el hospital) elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.	
4. El gabinete de prensa del hospital (o concertado con el hospital) procura mantener contacto con periodistas especializados en salud para informar correctamente de qué ha sucedido en el caso de un EA con impacto mediático.	
5. Hay designado a un portavoz que se hace cargo de la comunicación y relación con los medios.	
6. Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuamos informando de lo que ha sucedido al resto del personal del hospital para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.	
7. Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el hospital, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	

Grupo IV: Profesionales de Salud Mental:

CULTURA DE SEGURIDAD EN LA INSTITUCIÓN	Valore de 0 a 10 en qué medida recomendaría esta acción.
En nuestro hospital...	
1. Hay que realizar estudios para determinar la frecuencia de EA y la efectividad de las medidas que ponemos en marcha para evitarlos.	
2. Hay que contar con un sistema de notificación de incidentes y EA que recoja información para evitar riesgos a los pacientes.	
3. Nuestra política en materia de seguridad del paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, reconociendo cuando así sea que se ha producido un error.	
4. Con la reserva de confidencialidad necesaria, celebramos sesiones sobre la ocurrencia de errores clínicos para analizarlos y evitar riesgos en el futuro.	
5. La organización sanitaria considera el beneficio de la participación de Salud Mental en la resolución de conflictos.	
6. La organización forma a sus profesionales para afrontar las consecuencias tras un EA.	
7. Hay que preparar a los profesionales para que acepten su responsabilidad sin culpabilizarse.	
PLAN DE CRISIS	
1. Hay que definir un plan de crisis que recoja qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	
2. Contamos con un Comité de Crisis para el caso de EA en el que participan los directivos del hospital junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.	
3. Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	
4. Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidamos de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.	
COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA	
En nuestro hospital...	
1. Hemos acordado quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	

2. Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	
3. El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente	
4. El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves puede, si lo desea, recibir asistencia psicológica ofrecida por el hospital.	
5. Procuramos siempre que sucede un EA con consecuencias graves ofrecer al paciente (o a sus familiares) una información ágil, clara, honesta y completa.	
6. El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.	
7. Ponemos en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.	
8. Tenemos la precaución de hacer un seguimiento al paciente que ha sufrido un EA durante unos meses para asegurarnos que las consecuencias han sido controladas.	
9. La organización anima a sus profesionales a comunicar con los pacientes las consecuencias de un EA, su alcance y sus posibilidades de reparación.	
10. Se procura que los profesionales tengan habilidades para comunicar malas noticias a pacientes y familiares.	
11. Cuando informamos correctamente al paciente y su entorno, es más comprensivo con el error.	
ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales)	
En nuestro hospital...	
1. Los profesionales que se ven involucrados en un EA cuentan, si lo desean, con apoyo psicológico ofrecido por el hospital para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.	
2. Se ha elaborado un protocolo sobre cómo actuar con las segundas víctimas de los EA (profesionales implicados) para analizar qué y cómo ha sucedido.	
3. Ofrecemos y recomendamos de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.	

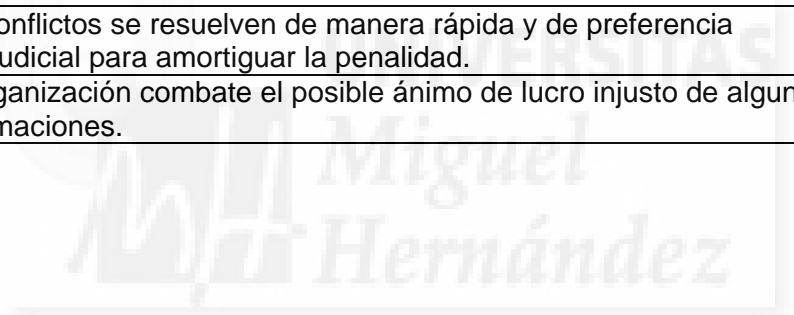
4. Ponemos a disposición los profesionales que se han visto involucrados en un EA con consecuencias graves de un profesional especializado del propio centro como apoyo y persona de contacto con quien compartir la experiencia.	
5. Buscamos que la segunda víctima participe activamente en la búsqueda de soluciones para que el EA no se vuelva a producir en el futuro en ninguna otra planta o servicio del hospital.	
6. Prestamos atención a los profesionales del entorno del profesional afectado (misma especialidad, mismo servicio...)	
7. La existencia de "pares" entrenados para ayudar al afectado es beneficioso para el profesional involucrado en un EA.	
8. Es preferible que el profesional busque ayuda psicológica fuera de la organización en caso de conflicto.	
9. Las organizaciones profesionales corporativas (Colegios) pueden aportar dispositivos de ayuda psicológica a los profesionales afectados.	
10. La problemática de las "Segundas Víctimas" debe ser conocida por los profesionales de Salud Mental.	
11. La organización acomoda las exigencias laborales a las necesidades de las "Segundas Víctimas"	
COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL	
En nuestro hospital...	
1. Somos muy cuidadosos y celosos con la información personal que se brinda de pacientes y profesionales cuando ocurre un EA con impacto mediático.	
2. No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los profesionales involucrados.	
3. Hay designado a un portavoz que se hace cargo de la comunicación y relación con los medios.	
4. Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuamos informando de lo que ha sucedido al resto del personal del hospital para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.	
5. Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el hospital, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	

Grupo V: Profesionales Sanitarios Asistenciales:

CULTURA DE SEGURIDAD EN LA INSTITUCIÓN	
1. Hay que realizar estudios para determinar la frecuencia de EA y la efectividad de las medidas que ponemos en marcha para evitarlos.	
2. Hay que contar con un sistema de notificación de incidentes y EA que recoja información para aprender de los errores y fallos.	
3. Nuestra política en materia de seguridad del paciente incluye buscar una relación honesta con el paciente que ha sufrido un EA, reconociendo cuando así sea que se ha producido un error.	
4. Con la reserva de confidencialidad necesaria, celebramos sesiones sobre la ocurrencia de errores clínicos para analizarlos y evitar riesgos en el futuro.	
5. La organización forma a sus profesionales para afrontar las consecuencias tras un EA.	
PLAN DE CRISIS	
1. Hay que definir un plan de crisis que recoja qué debe hacerse cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes.	
2. Contamos con un Comité de Crisis para el caso de EA en el que participan los directivos del hospital junto a clínicos y otro personal sanitario y no sanitario.	
3. Nuestro plan de formación incluye capacitación específica sobre cómo comunicar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	
4. Cuando ocurre un EA con consecuencias graves para algún paciente, cuidamos de forma especial la comunicación interna para evitar rumores y que el personal cuente con información fiable y puntual de qué ha pasado y cómo evitarlo en el futuro.	
COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA	
1. Hemos acordado quién debe relacionarse e informar al paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	
2. Hemos establecido el papel que debe jugar en la relación y comunicación con el paciente la dirección del Servicio Médico, la Supervisora de Enfermería, la Dirección Médica y la de Enfermería en el caso de un EA.	
3. Contamos con un protocolo sobre qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	
4. El protocolo de información al paciente que ha sufrido un EA especifica la importancia y necesidad de pedir disculpas al paciente	
5. El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves puede, si lo desea, recibir asistencia psicológica ofrecida por el hospital.	

6. Procuramos siempre que sucede un EA con consecuencias graves ofrecer al paciente (o a sus familiares) una información ágil, clara, honesta y completa.	
7. El paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA con consecuencias graves dispone, en los días siguientes al incidente, de un canal y profesional de contacto para orientarle y responder a sus preguntas.	
8. Ponemos en marcha los mecanismos necesarios para compensar adecuadamente al paciente (o sus familiares) que ha sufrido un EA.	
9. El profesional sanitario informa al paciente y/o familia tras producirse un EA.	
10. Cuando informamos correctamente al paciente y su entorno, es más comprensivo con el error.	
ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales)	
1. Los profesionales que se ven involucrados en un EA tienen asesoramiento legal desde el primer momento, ofrecido por el hospital.	
2. Los profesionales que se ven involucrados en un EA cuentan, si lo desean, con apoyo psicológico ofrecido por el hospital para afrontar sentimientos de culpa, estrés, pérdida de confianza en sus decisiones profesionales y reducir el impacto como segunda víctima.	
3. Se ha elaborado un protocolo sobre cómo actuar con las segundas víctimas de los EA (profesionales implicados) para analizar qué y cómo ha sucedido.	
4. Ofrecemos y recomendamos de forma sistemática a los profesionales involucrados en un EA con consecuencias graves que puedan hablar con sus compañeros y colegas para analizar qué ha sucedido y aliviar la presión que sienten.	
5. La dirección está siempre disponible para atender a los profesionales que sufren como segundas víctimas la ocurrencia de un EA, respetando los derechos y las circunstancias personales de estos profesionales.	
6. Prestamos atención a los profesionales del entorno del profesional afectado (misma especialidad, mismo servicio)	
7. La existencia de "pares" entrenados para ayudar al afectado es beneficioso para el profesional involucrado en un EA.	
8. Las organizaciones profesionales corporativas (Colegios) pueden aportar dispositivos de ayuda psicológica a los profesionales afectados.	
9. La organización acomoda (adaptación laboral) las exigencias laborales a las necesidades de las "Segundas Víctimas"	
COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL	
1. Somos muy cuidadosos y celosos con la información personal que se brinda de pacientes y profesionales cuando ocurre un EA con impacto mediático.	
2. No ofrecemos ninguna información a los medios sobre un EA sin antes haber realizado un análisis de lo sucedido y haber hablado con los	

profesionales involucrados.	
3. El gabinete de prensa del hospital (o concertado con el hospital) elabora un comunicado de prensa, lo antes posible, para llevar la iniciativa informativa y explicar con claridad lo que se sabe en cada momento sobre lo sucedido.	
4. El gabinete de prensa del hospital (o concertado con el hospital) procura mantener contacto con periodistas especializados en salud para informar correctamente de qué ha sucedido en el caso de un EA con impacto mediático.	
5. Hay designado a un portavoz que se hace cargo de la comunicación y relación con los medios.	
6. Cuando ha sucedido un EA con consecuencias graves para algún paciente y con un componente mediático inevitable, actuamos informando de lo que ha sucedido al resto del personal del hospital para que disponga de información real y no se hagan conjeturas.	
7. Contamos con un plan de comunicación para, en los meses siguientes a noticias sobre errores clínicos en el hospital, ofrecer una información positiva de nuestra labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre nuestros pacientes.	
8. Los conflictos se resuelven de manera rápida y de preferencia extrajudicial para amortiguar la penalidad.	
9. La organización combate el posible ánimo de lucro injusto de algunas reclamaciones.	



ANEXO 3: CARTA DE INVITACIÓN A LOS PARTICIPANTES.

Estimado amigo:

Desde el grupo de trabajo del Hospital de San Juan de Alicante/Universidad Miguel Hernández, que lidera el **Profesor Jesús Aranáz**, y dentro de la línea de **Seguridad del Paciente**, tenemos planteado un estudio apoyado por la **Fundación MAPFRE** sobre "**Segundas Víctimas**". Cuando se produce un evento adverso con daño en la asistencia, Los pacientes serán las primeras víctimas y evidentes de los errores , pero los profesionales también pueden resultar dañados y muy afectados por esos mismos errores: son las "**Segundas Víctimas**"-

Queremos explorar dimensiones relacionadas con una comunicación y soporte emocional para pacientes, familiares y profesionales implicados que han experimentado un evento adverso grave. También nos interesa explorar maneras para apoyar y educar a los profesionales implicados en tales incidentes, así como los componentes de gestión de una política institucional razonable. Pensamos que un incidente grave, debe dar lugar a una cascada de respuestas cuidadosamente previstas.

Dada la escasez de datos previos sobre atención a las "**Segundas Víctimas**", unida a la dificultad de reclutar profesionales sanitarios que se hayan visto implicados en un evento adverso, nos hemos planteado un **estudio cualitativo** que permita, en primer lugar llegar a acuerdos sobre estas cuestiones a partir de las opiniones de grupos de expertos.

Hemos optado por el **Método Delphi** que como sabes utiliza una serie de cuestionarios enviados por correo y tiene por objeto conocer la opinión de algunas personas que no se comunican directamente entre ellos, pero influyen sobre la información emitida por los demás, de tal forma que se llega a un consenso.

Nos proponemos contar con la opinión de expertos seleccionados entre profesionales sanitarios asistenciales y especialistas en salud mental, especialistas en calidad/seguridad, juristas, profesionales de la comunicación (medios y organizaciones sanitarias), gestores y profesionales del ámbito del aseguramiento de riesgos.

Pedimos tu participación contestando a los cuestionarios a los que puedes acceder a través de.....Se trata de que puntúes en una escala de 0 a 10 las.



Estimado amigo:

Primero agradecerte tu participación en la primera ola del estudio apoyado de la **Fundación MAPFRE** sobre "**Segundas Víctimas**" y liderado por Jesús Aranaz. Te recordamos que la metodología Delphi aconseja una segunda ola (vuelta) para la que te pedimos de nuevo tu colaboración puesto que, es importante que los participantes de la primera ola lo hagan de nuevo en la segunda. Recuerda que encontrarás una exhaustiva lista de acciones para que valores cada una en una escala de 0 (no es nada relevante, no debe considerarse) a 10 (totalmente relevante y muy importante).

Como en la primera ola el usuario sigue siendo tu correo electrónico y la contraseña SEGUNDAS VÍCTIMAS (en mayúsculas y separadas por un espacio).

Te agradecemos toda tu colaboración y quedamos a tu disposición para aclararte cualquier duda o asistirte en cualquier fase del estudio en el correo de la Universidad Miguel Hernández: calite@umh.es

RECORDATORIO ACCESO:

GRUPO 1. EXPERTOS EN CALIDAD/SEGURIDAD.

<http://calite-revista.umh.es/delphi/validar.asp?id=BASGI8LC>

USUARIO: su dirección de correo electrónico

CONTRASEÑA: SEGUNDAS VÍCTIMAS

Un cordial saludo.

Juan Francisco Herrero Cuenca.