

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: aranaz_jes@gva.es

I 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.

I 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.

I 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 aunque 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 deberían 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

yor 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 AEGRIS), 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, Harrison 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, Vitaller-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, Vitaller 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, Vitaller 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.