

---

# **Consejos y recomendaciones para reducir el impacto de los eventos adversos en segundas víctimas**

---

**Jesús María Aranaz Andrés**

**Ayudas a la investigación 2011**

**FUNDACIÓN MAPFRE**

## **Equipo de trabajo:**

**Autor:**

**Jesus María Aranaz Andrés**

**Equipo de Investigación:**

**Juan Francisco Herrero Cuenca / Jose Joaquín Mira Solves  
Mercedes Guilabert Mora / Julián Vitaller Burillo**

## Índice

	Página
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	4
2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	7
Diseño y procedimiento	7
Participantes	7
Análisis estadísticos	8
3. RESULTADOS	8
4. DISCUSIÓN	29
5. CONCLUSIONES	30
6. BIBLIOGRAFÍA	30
7. ANEXOS	32

## 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Los efectos adversos (EA) han llegado a ser definidos como “el precio a pagar por los modernos métodos de diagnóstico y terapia”. 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”.

Cuando un paciente sufre un EA, como resultado de una atención sanitaria concreta, es probable que interprete que se trata de una imprudencia del médico o de otros profesionales sanitarios. 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 primaria. 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.

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 tres cuartas partes) tienen consecuencias leves y perfectamente reversibles. Sin embargo, 1 de cada 10 tienen consecuencias permanentes o fatales.

En el estudio ENEAS, realizado en España, 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 mayor.

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 evitable.

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.

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 médico. 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.

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 moneda. En el primer estudio conducido por el profesor Blendon los errores médicos no fueron vistos como un problema importante del Sistema Sanitario Americano. En cambio, en el estudio de Robinson et al 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 estu-

dio sobre el perfil del paciente europeo, concluyó hace un par de años que el paciente desea cada vez más conocer más 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 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).

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, flahs-backs, 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 ayuda. 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.

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 local.

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 en 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. A tenor de los datos de incidencia de EA encontrados en España, 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 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.

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.

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.

A modo de resumen de este trabajo desgranamos recomendaciones que presentamos en forma de "Decálogo":

### 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.

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

Los objetivos que nos planteamos para esta segunda fase son los siguientes:

- (1) Elaborar por consenso recomendaciones a los equipos directivos de los centros sanitarios para afrontar de una manera eficaz la comunicación de crisis tras ocurrir evento adverso de consecuencias graves.
- (2) Consensuar recomendaciones acerca del qué, cómo, cuándo y quién informar a un paciente, o a sus familiares, víctima de evento adverso con consecuencia graves.
- (3) Establecer recomendaciones para los jefes de servicio, directivos de unidades clínicas de gestión y directivos de centros sanitarios sobre qué actuaciones deben llevarse a cabo al producirse un evento adverso de consecuencias graves para uno o más pacientes.
- (4) Identificar qué errores en las actuaciones y en la comunicación institucional se cometen con más frecuencia por profesionales y responsables sanitarios tras ocurrir un evento adverso de consecuencias graves para uno o más pacientes.
- (5) 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.

## 2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

### DISEÑO Y PROCEDIMIENTO

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 de un estudio previo realizado en el año 2011 y de la revisión bibliográfica sobre el tema y están agrupadas en cinco bloques diferentes (Anexo 1 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 2 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 de 2013).

### 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):

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

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

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.

## 3. RESULTADOS

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, con-

trariamente 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 2):

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%)

Tabla 2. Porcentaje de participación

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 somborean 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. 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 y sobre todo abordar los EA con un enfoque sistémico, más que como el resultado de acciones individuales.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>1. EN LOS HOSPITALES...</b>						
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 3. Resultados del grupo de expertos en calidad/seguridad en el bloque 1.

<b>1. EN LOS HOSPITALES...</b>
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

Tabla 4. Sugerencias propuestas por el grupo de expertos en calidad/seguridad para el bloque 1.

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

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>2. PLAN DE CRISIS</b>						
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 5. Resultados del grupo de expertos en calidad/seguridad en el bloque 2.

<b>2. PLAN DE CRISIS</b>
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.

Tabla 6. Sugerencias propuestas por el grupo de expertos en calidad/seguridad para el bloque 2.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA</b>						
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 7. Resultados del grupo de expertos en calidad/seguridad en el bloque 3

<b>3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA</b>
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.

Tabla 8. Sugerencias propuestas por el grupo de expertos en calidad/seguridad para el bloque 3.

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.

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.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales involucrados directamente en un EA)</b>						
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 9. Resultados del grupo de expertos en calidad/seguridad en el bloque 4.

<b>4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales involucrados directamente en un EA)</b>
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.

Tabla 10. Sugerencias propuestas por el grupo de expertos en calidad/seguridad para el bloque 4.

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.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL</b>						
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	0,08
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	0,12
Designar un portavoz que se hace cargo de la comunicación y relación con los medios.	61	8,9	0,18	56	9,12	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.	61	8,66	0,19	56	8,7	0,13
Combatir el sensacionalismo y el posible ánimo de lucro injusto de algunas reclamaciones.	60	8,48	0,19	54	8,57	0,14
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	0,12
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	56	8,29	0,15
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	56	8,29	0,15

Tabla 11. Resultados del grupo de expertos en calidad/seguridad en el bloque 5.

<b>5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL</b>	
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 de 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.	

Tabla 12. Sugerencias propuestas por el grupo de expertos en calidad/seguridad para el bloque 5.

## 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 de aseguramiento.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>1. EN LOS HOSPITALES...</b>						
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			0,14

Tabla 13. Resultados del grupo de juristas/aseguradores en 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.

Tabla 14. Sugerencias propuestas por el grupo de juristas/aseguradores para el bloque 1.

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.

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.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>2. PLAN DE CRISIS</b>						
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			0,17

Tabla 15. Resultados del grupo de juristas/aseguradores en 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.

Tabla 16. Sugerencias propuestas por el grupo de juristas/aseguradores para el bloque 2.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA</b>						
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			0,12
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			0,15
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 17. Resultados del grupo de juristas/aseguradores en el bloque 3.

<b>3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA</b>						
Un profesional sanitario, distinto del implicado en el EA, debe informar directamente al paciente y/o familia tras producirse un EA.						

Tabla 18. Sugerencias propuestas por el grupo de juristas/aseguradores para el bloque 3

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.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (PROFESIONALES INVOLUCRADOS DIRECTAMENTE EN UN EA)</b>						
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			0,14

Tabla 19. Resultados del grupo de juristas/aseguradores en 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)

Tabla 20. Sugerencias propuestas por el grupo de juristas/aseguradores para el bloque 4

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.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL</b>						
Procurar que las compañías aseguradoras estén suficientemente especializadas en la resolución de conflictos sanitarios.	37	8,81	0,18	31	8,81	0,08
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	0,12
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	0,13
Combatir el sensacionalismo y el posible ánimo de lucro injusto de algunas reclamaciones.	37	7,95	0,32	31	8,03	0,13
Designar a un portavoz que se hace cargo de la comunicación y relación con los medios.	37	7,7	0,28	31	8,19	0,14
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	0,12
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 21. Resultados del grupo de juristas/aseguradores en 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.

Tabla 22. Sugerencias propuestas por el grupo de juristas/aseguradores para el bloque 5.

## 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.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>1. EN LOS HOSPITALES...</b>						
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

Tabla 23. Resultados del grupo de profesionales de medios y unidades de comunicación en el bloque 1.

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.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>2. PLAN DE CRISIS</b>						
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			
Las normas legales en España son adecuadas para la resolución de conflictos relacionados con la asistencia sanitaria.	37	5,86	0,35			

Tabla 24. Resultados del grupo de profesionales de medios y unidades de comunicación en el bloque 2.

## 2. PLAN DE CRISIS

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

Tabla 25. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales de medios y unidades de comunicación para el bloque.

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.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA</b>						
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 controladas.	23	8,61	0,13	15	8,47	0,11
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 26. Resultados del grupo de profesionales de medios y unidades de comunicación en 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.

Tabla 27. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales de medios y unidades de comunicación para el bloque 3.

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.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales involucrados directamente en un EA)</b>						
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			

Tabla 28. Resultados del grupo de profesionales de medios y unidades de comunicación en el bloque 4.

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.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL</b>						
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			

Tabla 29. Resultados del grupo de profesionales de medios y unidades de comunicación en el bloque 5.

## 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.

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.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>1. En los hospitales...</b>						
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 30. Resultados del grupo de profesionales de salud mental en el bloque.

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

Tabla 31. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales de salud mental para el bloque 1.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>2. PLAN DE CRISIS</b>						
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 33. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales de salud mental para el bloque 2.

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.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA</b>						
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 quién informar a un paciente (o a sus familiares) que ha sufrido un EA.	21	6,9	0,48			
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 34. Resultados del grupo de profesionales de salud mental en el bloque 3.

<b>3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA</b>
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.

Tabla 35. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales de salud mental para el bloque 3.

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 organi-

zaciones 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.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales)</b>						
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 36. Resultados del grupo de profesionales de salud mental en el bloque 4.

<b>4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales involucrados directamente en un EA)</b>
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.

Tabla 37. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales de salud mental para el bloque 4.

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.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL</b>						
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 38. Resultados del grupo de profesionales de salud mental en el bloque 5.

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

Tabla 39. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales de salud mental para el bloque 5.

## 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.

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.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>1. En los hospitales...</b>						
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 40. Resultados del grupo de profesionales sanitarios asistenciales en el bloque 1

<b>1. En los hospitales</b>	
Dar información antes de que ocurran los EA.	

Tabla 41. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales sanitarios asistenciales para el bloque 1.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>2. PLAN DE CRISIS</b>						
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 42. Resultados del grupo de profesionales sanitarios asistenciales en el bloque 2.

<b>2. PLAN DE CRISIS</b>	
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.	

Tabla 43. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales sanitarios asistenciales para el bloque 2.

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.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>3. COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA CON PACIENTE Y SU FAMILIA</b>						
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 44. Resultados del grupo de profesionales sanitarios asistenciales en 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.

Tabla 45. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales sanitarios asistenciales para el bloque 3.

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.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>4. ATENCIÓN A SEGUNDAS VÍCTIMAS (profesionales involucrados directamente en un EA)</b>						
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 46. Resultados del grupo de profesionales sanitarios asistenciales en 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

Tabla 47. SSugerencias propuestas por el grupo de profesionales sanitarios asistenciales para el bloque 4.

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.

Cuestiones	Ola 1			Ola 2		
	n	Media	C.V.	n	Media	C.V.
<b>5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL</b>						
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	36	8,83	0,15
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	35	8,4	0,12
Combatir el sensacionalismo y el posible ánimo de lucro injusto de algunas reclamaciones.	48	8,88	0,16	37	8,92	0,11
Designar a un portavoz que se hace cargo de la comunicación y relación con los medios.	48	8,65	0,16	37	8,38	0,2
Intentar resolver de manera rápida los conflictos. y de preferencia de forma extrajudicial para amortiguar la penalidad.	48	8,4	0,2	37	8,46	0,12
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	8,11	0,17
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 48. Resultados del grupo de profesionales sanitarios asistenciales en el bloque 5.

<b>5. COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL</b>	
El comunicado a los medios más que pronto tiene que hacerse bien, por la persona adecuada (portavoz) y en el momento oportuno.	

Tabla 49. Sugerencias propuestas por el grupo de profesionales sanitarios asistenciales para el bloque 5.

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 grupos.

La necesidad de detectar EA mediante sistemas de notificación.

<b>1. En el hospital...</b>			
<b>Contar con un sistema de notificación de incidentes y EA que recoja información para aprender de los errores y fallos</b>			
	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

Tabla 50. Ítem transversal del bloque 1.

La existencia de un plan para cuando se produce un EA con consecuencias graves.

## 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

Tabla 51. Ítem transversal del bloque 2.

La transparencia en la información al paciente y entorno, así como la información continuada, sin barreras y liderada por una persona predeterminada.

## 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 52. Ítems transversales del bloque 3 (1).

## 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 53. Ítems transversales del bloque 3 (2).

## 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

Tabla 54. Ítems transversales del bloque 3 (3).

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.

#### 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 55. Ítems transversales del bloque 5 (1).

#### 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 56. Ítems transversales del bloque 5 (2).

#### 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

Tabla 57. Ítems transversales del bloque 5 (3).

## 4. DISCUSIÓN

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. Resulta evidente que no se podría defender dialécticamente la postura contraria, pero el hecho de que se enfatice 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.

Distinta consideración pueden tener las acciones no prescriptivas que pueden desplegar las organizaciones 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.

El alcance de consensos entre profesionales, desde luego que no nos permite ofrecer recomendaciones universales, esta es una limitación de partida del método utilizado, no obstante 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.

Otra limitación, esta vez interna, tiene que ver con la baja tasa de participación en nuestro 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".

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. En este terreno, el de la seguridad y la calidad, estos métodos tienen un espacio muy relevante junto con el análisis de casos e incluso la mera narrativa.

Nuestros resultados 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 explícitamente esta relación 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 disclosure".

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.

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, que este apoyo debe ser parte integral de los programas de seguridad y objeto de investigación y formación.

Los resultados de nuestro trabajo se superponen con la necesidad de implementar planes y programas de apoyo, del compromiso de los líderes de la organización, de implicación de las segundas víctimas en la búsqueda de soluciones y de integración de estas acciones en un plan global de seguridad que inspiran algunas iniciativas en funcionamiento.

## 5. 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.

Se prioriza la necesidad de manejo de la información 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.

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

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Aibar C. Del paciente informado al paciente consecuente. Monografías Humanitas 2005 ; 8:43-58.
2. Aranaz JM<sup>a</sup>, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clín (Barc) 2004; 123:21-5.
3. 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.
4. 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.
5. Aranaz JM , Mira JJ , Guilabert M , Herrero JF , Vitaller J. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. Trauma Fund MAPFRE (2013) Vol 24 nº 1:54-60.
6. 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.
7. 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.
8. Edrees HH, Paine LA, Feroli ER , Wu A. Health care workersmas second victims of medical errors. Polskie Arciwmum Medycyny Wewnertycznej 2011; 121(4): 101-108.
9. Fallowfield L. Communication with patients after errors. J Health Serv Res Pol 2010;15(Suppl 1): 56–9.
10. 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.
11. Goldberg RM, Kuhn G, Andrew LB, Thomas HA. Coping with medical mistakes and errors in judgment. Ann Emerg Med 2002; 39:287–92.
12. Hall LW, Scott SD. The Second Victim of Adverse Health Care Events. Nurs Clin Am 47(2012): 383-393.
13. Hilfiker D. Facing our mistakes. N Engl J Med 1984; 310:118–22.

14. 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.
15. Lewis E J, *et al.* Nurses' Experience of Medical Errors. An Integrative Literature Review. *Nurs Care Qual* (2013) Vol. 28, No. 2, : 153-161.
16. Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Atención Primaria* 2004; 34:161-9.
17. Nelson WA, Beyea SC. The role of an ethical culture for the prevention and recovery of "second victims". *Qual Saf Health Care* 2009 18-5:223-224.
18. Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med* 1996; 5:71-5.
19. 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.
20. Scott SD, *et al.* Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team. *The Joint Commission on Quality and Patient Safety* 2010 vol 35-5: 233-240.
21. 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.
22. Seys D *et al.* Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013) 678-687.
23. Sharpe VA. Promoting patient safety. An ethical basis for policy deliberation. *Hastings Cent Rep* 2003; 33(suppl):3-18.
24. 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.
25. Smith ML. Thinking Ethically About Medical Mistakes. *J Child Neurol* 2013 28:809-811.
26. 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.
27. Tehrani AS *et al.* 25-year summary of US malpractice claims for diagnostic errors 1986-2010: an analysis from the National Practitioners Data Bank.
28. 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.
29. Tormo MJ, Banegas JR. Mejorar la comunicación de riesgos en salud pública: sin tiempo para demoras. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75:7-10.
30. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001; 322:517-9.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ* 2000; 320:726-7.

## 7. ANEXOS

### Anexo 1. Carta de participación.

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 proposiciones que se formulan, según te parezcan de mayor o menor utilidad, estén o no implantadas en tu centro.

La cumplimentación de los cuestionarios no te llevará más de 15-20 minutos y tu opinión de experto nos resultaría muy valiosa.

El debate actual y la investigación proporcionan una oportunidad para evaluar las circunstancias que producen los errores, crear, desarrollar, y analizar el impacto de cambios en la manera en que las instituciones manejan la seguridad del paciente y los errores médicos.

Te agradezco de manera anticipada tu participación.

Un cordial saludo.

Juan Francisco Herrero Cuenca.

## Anexo 2: Conferencias y Jornadas de presentación del proyecto.

- Ponencia en la Mesa sobre “SEGURIDAD CLÍNICA ¿PODEMOS TRABAJAR CON MENOS RIESGO PARA EL PACIENTE?” con el tema “Las segundas víctimas (el personal sanitario)” en la seguridad clínica. XXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias. Oviedo 15 de marzo de 2012.
- Ponencia en la II Jornadas de la Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial. “Segundas Víctimas” Castellón de la Plana 5 de octubre de 2012.
- Ponencia en las VI Jornadas de Calidad y Seguridad del Hospital Universitario de Canarias. “Las Segundas Víctimas” Tenerife 30 de octubre de 2012.
- Ponencia VIII Jornada Técnica de AEGRIS. “La seguridad del profesional: el caso de las segundas víctimas” Organizado por AEGRIS-Fundación MAPFRE. Madrid 27 de noviembre de 2012.
- Ponencia en las II Jornadas: “En Urgencias, la Seguridad del Paciente está en nuestras manos”. Conferencia inaugural: “Las segundas Víctimas”. Organizada por la Fundación Mapfre. Instituto de Prevención, Salud y Medio Ambiente. Barcelona 6 de junio de 2013.

## Anexo 3: 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<sup>1,2,3</sup>, Mira JJ<sup>3,4</sup>, Guilabert M<sup>4</sup>, Herrero JF<sup>4</sup>, Vitaller J<sup>3,5,6</sup>, Grupo de trabajo «Segundas Víctimas»<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante, España. <sup>2</sup> CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). <sup>3</sup> Departamento de Salud Sant Joan-Alacant. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. <sup>4</sup> Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. <sup>5</sup> Inspección Médica de Elda, <sup>6</sup> 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 métodos:** 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. 03350 Sant Joan d'Alacant, Alicante, España.  
e-mail: aranaz.jm@uv.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 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

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. **I**

**\* Grupo de trabajo «Segundas Víctimas»:**

M<sup>a</sup> 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 Timmermans (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<sup>a</sup> 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<sup>a</sup>, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clin (Barc)* 2004; 123:21-5.
2. Stelfox HT, Palmisani S, Scarlock 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:s17-9.
8. Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ* 2000; 320:726-7.
9. Sirrieh 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, Limón, 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 victims» 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 JE, 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.