



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

**LOS PROCESOS DE AUDITORÍA Y LOS EVENTOS  
ADVERSOS EN EL TALENTO HUMANO EN SALUD**

Autor(es)

Carmen Viviana Suaza Ballesteros

Universidad de Antioquia

Facultad de Salud Pública

Medellin, Colombia

Año



**LOS PROCESOS DE AUDITORÍA Y LOS EVENTOS ADVERSOS EN EL  
TALENTO HUMANO EN SALUD**

**Carmen Viviana Suaza Ballesteros**

Tesis o trabajo de grado optar al título de  
**Especialista en Auditoria en Salud**

Asesor  
**Fernando Giraldo Piedrahita, DSP**  
Profesor FNSP

Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
"Héctor Abad Gómez"  
Medellín, Colombia  
2020

## Contenido

<b>SIGLAS</b> .....	<b>4</b>
<b>LISTADO DE TABLAS</b> .....	<b>5</b>
<b>LISTADO DE ILUSTRACIONES</b> .....	<b>6</b>
<b>LISTADO DE ANEXOS</b> .....	<b>7</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>8</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>8</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>10</b>
<b>2. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>12</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>15</b>
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
<b>4.1 Objetivo General</b> .....	<b>17</b>
<b>4.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>17</b>
<b>5. MARCO DE REFERENCIA</b> .....	<b>18</b>
<b>6. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA</b> .....	<b>19</b>
<b>7. Políticas de Seguridad del paciente a nivel nacional e internacional</b> .....	<b>21</b>
<b>8. Consecuencias de los eventos adversos para el talento humano en salud</b> .....	<b>30</b>
<b>8.1 Eventos adversos según el Ministerio de la Protección Social</b> .....	<b>31</b>
<b>8.2 Las segundas víctimas de un evento adverso</b> .....	<b>35</b>
<b>8.3 Síndrome de Burnout como consecuencia de los eventos adversos en el ejercicio médico</b> .....	<b>41</b>
<b>8.4 Responsabilidad médica ante eventos adversos</b> .....	<b>42</b>
8.4.1 Responsabilidad Civil Médica .....	44
8.4.2 Responsabilidad Administrativa Médica .....	44
8.4.3 Responsabilidad Ética Médica.....	45
<b>8.5 Litigio e indemnizaciones en Casos de Negligencia Médica</b> .....	<b>45</b>
<b>9. Auditoría a eventos adversos en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad</b> .....	<b>48</b>
<b>9.1 Modelo de queso suizo</b> .....	<b>51</b>
<b>9.2 Análisis de eventos adversos a partir del Protocolo de Londres</b> .....	<b>54</b>
9.2.1 Investigación y análisis de eventos adversos .....	56
<b>10. Acompañamiento al talento humano en salud responsable de un evento adverso.</b> <b>61</b>	

<b>10.1 Desde las instituciones .....</b>	<b>65</b>
10.1.1 Perfil de los integrantes del grupo de apoyo .....	67
<b>10.2 Acciones con la segunda víctima.....</b>	<b>67</b>
10.2.1 Seguimiento a consecuencias .....	73
<b>10.3 Aprendizaje organizacional .....</b>	<b>75</b>
<b>10.4 Cuidar la reputación .....</b>	<b>77</b>
<b>11. CONCLUSIONES .....</b>	<b>78</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>80</b>

## SIGLAS

CCAA: Comunidades Autónomas

EA: evento adverso

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

EEUU: Estados Unidos

ENEAS: Estudio Nacional sobre efectos adversos

IBEAS: Estudio Iberoamericano sobre efectos adversos

IPS: Instituciones prestadores de Servicios de Salud

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PIB: Producto Interno Bruto

SB: Síndrome Burnout

SGSS: Sistema General de Seguridad Social

SNS: Sistema Nacional de Salud

SOGC: sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad

SP: Seguridad del paciente

## LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. La gravedad de la lesión y la indemnización en salarios mínimos (28) .....	46
Tabla 2. Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica(31). .....	56
Tabla 3. Enlaces web de algunos centros internacionales con programas de gestión de impacto de los EA y soporte a los profesionales implicados (35) .....	62

## LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Trayectoria natural de la recuperación de la segunda víctima (23) .....	40
Ilustración 2. Modelo de queso suizo(29) .....	52
Ilustración 3. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos(31).....	55
Ilustración 4. Ruta para investigar y analizar incidentes clínicos(31) .....	57
Ilustración 5. Modelo de intervención de tres niveles (36).....	64

## LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1. Lista de chequeo para integrantes del grupo de apoyo a Segundas Víctimas .....	83
Anexo 2. Lista de chequeo para seguimiento a la Segunda Víctima en salud .....	85
Anexo 3. Algoritmo de apoyo a la Segunda Víctima(33).....	86



## RESUMEN

El objetivo de la presente monografía es analizar la implementación de los procesos de auditoría en las instituciones de salud y las consecuencias de los eventos adversos en el talento humano en salud; para lo cual se realizó una revisión de la literatura nacional e internacional en aras de conocer las diversas políticas de seguridad del paciente. Así mismo, se analizaron las consecuencias de los eventos adversos en los profesionales y se propusieron estrategias de manejo para el acompañamiento y apoyo de las segundas víctimas en salud. Con esta pesquisa fue posible evidenciar que los eventos adversos, involucran inevitablemente al talento humano en salud, dejando en ocasiones graves consecuencias físicas y emocionales, que afectan su desempeño profesional; por lo que son las instituciones, las entidades responsables y encargadas de establecer procedimientos o programas orientados a la atención de las segundas víctimas, en cabeza del auditor en salud, quien hace parte transversal de todo el proceso, desde su elaboración y adaptación en la política de seguridad del paciente, hasta el momento del aprendizaje organizacional, como garante de la transparencia, neutralidad y efectividad de la estrategia, buscando siempre la materialización del goce efectivo de una cultura segura para todos los actores en el ejercicio del derecho fundamental a la salud.

### **Palabras claves:**

Eventos adversos, seguridad del paciente, segundas víctimas, auditoría en salud, responsabilidad médica

## ABSTRACT

The objective of this monograph is to analyze the implementation of audit processes in health institutions and the consequences of adverse events on human talent in health; for which, a review of the national and international literature was carried out in order to understand the various patient safety policies. Likewise, the consequences of the adverse events in the professionals were analyzed and management strategies for the accompaniment and support of the second victims in health were proposed. With this research it was possible to show that adverse events inevitably involve human talent in health, sometimes leaving serious physical and emotional consequences that affect their professional performance; therefore, the institutions are the entities responsible and in charge of establishing procedures or programs oriented to the care of

second victims, led by the health auditor, who is a cross-sectional part of the entire process, from its elaboration and adaptation in the policy, up to the moment of organizational learning, as a guarantor of the transparency, neutrality and effectiveness of the strategy, always seeking the materialization of the effective enjoyment of a safe culture for all actors in the exercise of the fundamental right to health.

**Keywords:**

Adverse events, patient safety, second victims, health audit, medical liability.

## 1. INTRODUCCIÓN

La calidad y la seguridad en la atención en salud son hoy día temas de interés mundial y nacional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la Seguridad del paciente como “una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos” (1), y reporta, entre otros, los siguientes datos:

- Los eventos adversos debidos a una atención poco segura son probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo.
- Cada año se producen 134 millones de eventos adversos por una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, lo que provoca 2,6 millones de muertes.
- A nivel mundial, hasta 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria. Hasta el 80% de los daños se pueden prevenir.
- Las inversiones en la reducción de los daños a los pacientes pueden conducir a ahorros financieros significativos y, lo que es más importante, a mejores resultados para los pacientes (1)

En Colombia la realidad no es otra, a pesar de la tarea juiciosa realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, garante de la implementación de la política de Seguridad del Paciente en todo el territorio nacional, es frecuente el reporte de eventos adversos productos de la atención en salud, generando afectaciones en los ámbitos laboral, físico y emocional, no sólo a los pacientes sino también a los profesionales responsables de la atención; por lo que se deben asumir costos altos y se generan pérdidas económicas millonarias.

La presente monografía, estudia la importancia del compromiso multidisciplinario e interdisciplinario por parte de los actores involucrados

en salud, para lograr la obtención de la máxima calidad y seguridad en la atención; y estudiar la repercusión de la detección e intervención de procesos defectuosos en la misma, seguros de que es la más efectiva de las medidas para mitigar los eventos adversos y sus posibles consecuencias. No por nada el director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, señaló: «Necesitamos una cultura de la seguridad que promueva el contacto cercano con los pacientes, les aliente a notificar los errores para poder aprender de ellos, y cree un ambiente en que los profesionales de la salud no se sientan culpabilizados y en que se les ofrezcan los medios y la capacitación para reducir los errores”(2).

## 2. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el año 1999 The Institute of Medicine de los EEUU realizó la publicación más significativa y determinante en el ámbito de la atención en salud, la cual tuvo trascendencia en todo el mundo, el libro *To Err is Human: Building a Safer Health System* "tuvo repercusiones nunca antes vistas en la atención en salud y marcó la iniciativa de todos los países a nivel mundial en temas de seguridad en la prestación de servicios de salud"(3). El informe supuso un aldabonazo y una llamada de atención sobre un aspecto que hasta entonces había sido evitado por los prestadores de servicios de salud y al cual no se le había dado la importancia hasta entonces, y revelaba indicadores alarmantes de las muertes en estados unidos causadas por errores y fallas en la prestación de servicios de salud, las cuales eran evitables y asociadas a seguridad del paciente.

Basados en esta información a nivel mundial se empezaron a tomar medidas para la gestión y prevención de los eventos adversos asociados a la atención en salud y la prevención de muertes evitables en los servicios de salud del mundo, es así como desde la organización mundial de la salud se iniciaron estrategias para educar a los países en la importancia de generar acciones drásticas para prevenir la muerte y las lesiones causadas por los errores y las fallas en la prestación de los servicios de salud.

En el año 2006, en la República de Colombia se estableció el Sistema de Garantía de la Calidad, con el decreto 1011, en busca de mejorar los resultados en salud desde la regularización de la calidad de las atenciones; dando paso, en el 2008, a la Política de Seguridad el Paciente, identificada ésta como base para el mantenimiento de la calidad y eje transversal a todos los procesos de salud, ya que su "objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente"(4).

Sin embargo, 20 años después de la publicación de *To Err is Human: Building a Safer Health System*, se siguen adelantado acciones cada día para la prevención del daño en la prestación de servicios de salud, así

mismo las instituciones son conscientes de que la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos siempre será inherente a la prestación de salud donde intervienen diversos factores como la complejidad en el proceso de atención, los conocimientos, la preparación de los profesionales responsables, la seguridad del entorno, la gestión del riesgo en las instituciones y prácticas clínicas seguras.

El ministerio de Protección Social refiere que, "Los sistemas de atención en salud han alcanzado un importante desarrollo y son complejos. Aún acciones de atención en salud aparentemente simples se desarrollan mediante la operativización de secuencias de procesos múltiples y en los cuales intervienen muchos profesionales y trabajadores de la salud, durante los cuales pueden presentarse fallas en la calidad impactando en la seguridad del paciente"(5), es así como, a pesar de contar con la implementación de la Política de Seguridad de obligatorio cumplimiento en las entidades prestadoras de servicios de salud, se siguen presentando errores en la atención, eventos adversos y fallas en el proceso.

Según el estudio de incidencia y evitabilidad de eventos adversos de pacientes hospitalizados realizado en tres instituciones de salud de Colombia en 2006 se concluyó: "Durante el periodo de estudio se presentaron en las tres instituciones 7.263 admisiones que correspondieron a un total de 6.688 pacientes, los eventos adversos se presentaron más frecuentemente como complicaciones técnicas intraoperatorias (27,6%), complicaciones no técnicas (15,7%), relacionadas con procedimientos obstétricos (parto-posparto) de enfermería (16,4%), infección de la herida (12,5%), relacionados con medicamentos (9,2 %), complicaciones tardías (6,5%), las fallas diagnósticas, las fallas terapéuticas y las caídas tuvieron una frecuencia relativa del 3% cada una. Sólo 1,5% se relacionaron con componentes sanguíneos y 0,6% con fallas técnicas. En 61% de los pacientes con EA, se aumentó la hospitalización como consecuencia de dicho evento, con un incremento total de 1.072 días. Del total de pacientes 251 tuvieron discapacidad menor a 6 meses, correspondiente al 80%, y 13 pacientes tuvieron una recuperación mayor a 6 meses, correspondiente al 4%; hubo daño permanente en 4 pacientes. La mortalidad asociada al evento adverso fue de 6,4 %." (6)

"Entre los años 2007-2009 se realizó el estudio IBEAS para estimar la prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Éste estudio, realizado en 5 países de Latinoamérica (Argentina, Colombia,

Costa Rica, México y Perú), estuvo dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la OMS en colaboración con los ministerios de los países seleccionados y la OPS. Se evaluaron 11.426 pacientes hospitalizados, en los cuales se determinó la prevalencia de eventos adversos (10,5%). Para Colombia el estudio IBEAS determinó una prevalencia del 11,6%”(7)

Así las cosas “la atención en salud ofrecida de forma insegura, tiene como resultado el aumento de la morbilidad y mortalidad evitables, además de un aumento del gasto, lo cual repercute en la eficacia y eficiencia de los sistemas sanitario”(8), sobrecostos evidentes en el sistema, sin contar con la carga emocional que se genera en los profesionales responsables pudiendo generar nuevos incidentes, el desprestigio de la institución mermando la demanda y pérdida de recursos económicos, demandas legales impuestas por las víctimas a los profesionales y la afectación en la familia del usuario.

“La opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido”(4), lo que pone en evidencia la necesidad de la presencia de un grupo de personas en las instituciones prestadoras, llamados auditores internos, quienes haciendo uso de sus cualidades de integridad, independencia, objetividad, imparcialidad, neutralidad, y competencia profesional, sean capaz de identificar y reconocer deficiencias, pero que a su vez trabajen en función de mejorarlas para fortalecer los procesos defectuosos y enfrentar con facilidad los obstáculos en el camino.

A pesar del creciente interés en la seguridad del paciente en todos estos años, continúa habiendo una escasa conciencia sobre dicho problema. La capacidad para comunicar, analizar y aprender de la experiencia sigue tutelada por la falta de un método uniforme de identificación, de toma de medidas, de informes inadecuados, de excesiva preocupación por la ruptura de la confidencialidad de incidentes, creando límites en el desarrollo de los sistemas de información por el no reporte de los actores y el miedo a la responsabilidad profesional.

Por lo anterior, esta monografía pretende indagar **¿Cuál es el papel de la auditoría en la implementación de programas de seguridad del**

## **paciente como medida para mitigar las consecuencias de los eventos adversos en el talento humano en salud?**

### 3. JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es una prioridad de la atención en salud, en todas las instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura, se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad. Al ingresar a una institución los pacientes buscan mejorar su estado y no empeorar o morir como consecuencia de errores en la atención, por lo que la seguridad del paciente depende de las acciones o estrategias que se implementen para mejorar de manera prioritaria la seguridad, a través de la incorporación de la creciente experiencia de nuestras instituciones, la evolución del conocimiento científico en el tema y la inclusión de nuevas prácticas.

En Colombia, el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad con sus componentes nos ofrece, además de normas y requisitos, mecanismos para mantener y mejorar continuamente la calidad en la atención de salud, es así como aparte de ser necesario y obligatorio contar con profesionales entrenados y competentes, contar con infraestructura adecuada, insumos y medicamentos necesarios, y todos los demás estándares presentes en el sistema único de habilitación, es igual de necesario garantizar que todos los procesos se hagan de una forma segura, evitar los errores y evitar la presentación de eventos adversos.

Y es justamente la auditoría quien juega un papel decisivo en el camino a dar cumplimiento del panorama anterior, pues es el ente que permite evaluar los procesos de atención e identificar las fallas existentes con el fin de mejorarlas; la auditoría como mecanismo continuo de evaluación ofrecerá las herramientas para el mejoramiento continuo, la retroalimentación de falencias, la búsqueda de oportunidades de mejora y toma de decisiones que lleven al mejoramiento de la atención, a prácticas seguras y por ende, a una atención con mayor seguridad y menos errores, por lo que las personas involucradas en el proceso de atención deben tener claro los objetivos de su labor y la manera de realizarlas de manera segura.



Los posibles eventos indeseados o daños originados de la atención en salud, se pueden presentar en cualquier nivel de atención, debido a la múltiple causalidad que interfiere en ellos, razón por la cual, no se puede bajar la guardia en el objetivo de lograr un trabajo efectivo, oportuno y seguro para dar resolución a las necesidades de los pacientes, evitando la evolución a condiciones de salud más complejas, aumentos en los costos de salud y afectaciones al sistema de salud.

La medición permanente de los eventos adversos evitables tiene entre sus múltiples beneficios la reducción de costos en salud, así como la reducción de la morbilidad asociada a dichos eventos. De ahí la importancia de analizar los costos tan altos que conlleva el no prevenir un evento adverso, el no medir el impacto que genera una atención inoportuna, la responsabilidad médica y de los diferentes profesionales de salud, y el no desplegar y medir la adherencia a las políticas de seguridad del paciente en cada institución.

El ideal de una práctica y atención en salud integral libre de riesgos es una utopía, pero es labor del auditor velar por la mejora en la atención como su responsabilidad y como su deber moral. De esta manera, al intervenir en los procesos defectuosos y buscar métodos para optimizarlos, no sólo se obtiene una atención más segura y una alta satisfacción en el usuario, sino que se interviene también el bienestar de los actores en salud, quienes ante la ocurrencia de un evento adverso, se convierten en segundas víctimas, lo que afecta su integridad emocional y laboral, la mayoría de los casos por falta de acompañamiento o asesoría, ante lo que es preciso actuar para recuperar la confianza de los profesionales en su ejercicio, con respeto y apoyo desde las instituciones, con un análisis de los eventos adversos de manera objetiva, control de emociones y juicios de valor, y, de ser necesario, ofrecer apoyo legal y psicológico que hagan más llevadera la culpa que se pueda experimentar.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo General

Analizar la implementación de los procesos de auditoría en las instituciones de salud y las consecuencias de los eventos adversos en el talento humano.

### 4.2 Objetivos Específicos

- Identificar el rol de las políticas de seguridad del paciente a nivel nacional e internacional.
- Describir las consecuencias de los eventos adversos originados en la atención en salud con relación al talento humano.
- Estudiar el desempeño de la auditoría en los procesos de atención en salud como herramienta para la prevención, evaluación y seguimiento de eventos adversos.
- Formular planes de seguimiento y acompañamiento al talento humano de salud responsable de un evento adverso.

## 5. MARCO DE REFERENCIA

Se creó un constructo temático basado en la búsqueda de información sobre las consecuencias que traen los eventos adversos en salud en el talento humano y las maneras óptimas de enfrentar dicha situación desde las instituciones, con el fin de mitigar su impacto y de crear una cultura de seguridad eficaz; para lo cual se resalta el rol del auditor en salud como mediador en la identificación y toma de decisiones.

La revisión bibliográfica se presentó mediante el desarrollo de cuatro subtítulos que van acorde a los objetivos específicos del presente trabajo, se exponen entonces: el rol de las políticas de seguridad del paciente a nivel nacional e internacional; las consecuencias de los eventos adversos originados en la atención en salud con relación al talento humano; el desempeño de la auditoría en los procesos de atención en salud como herramienta para la prevención, evaluación y seguimiento de eventos adversos; y finalmente se realiza una propuesta, con amplio fundamento teórico, para la elaboración de planes de seguimiento y acompañamiento al talento humano en salud responsable de un evento adverso, dirigida a los diferentes actores institucionales del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS y/o Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB, a los clínicos y a los auditores.

## 6. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

La presente es una monografía explicativa-expositiva, ya que se realizó mediante la revisión de estudios, experiencias anteriores nacionales e internacionales y literatura narrativa enfocada en seguridad del paciente, eventos adversos o incidentes en la atención en salud, responsabilidad médica y los efectos o repercusiones que estos han ocasionado en los profesionales responsables de dicha atención o segundas víctimas. Además, se exponen las posibles causas y resaltan los aportes que puede hacer la auditoría desde sus herramientas de intervención.

Se realizó búsqueda avanzada de bibliografía en bases de datos de literatura científica pubmed, Ebsco, Scielo, Scinde direct, elsevier, medigraphic, el buscador scholar.google, páginas web institucionales de diferentes ministerios de salud a nivel mundial y del programa español para las segundas y terceras víctimas, [www.segundavictimas.com](http://www.segundavictimas.com), concentrando la búsqueda en aquellos documentos que respondieron mejor al tema en cuestión mediante el uso de palabras claves como seguridad del paciente, eventos adversos, segundas víctimas, responsabilidad médica y auditoría en salud. En idioma inglés y español, consistente en artículos, publicaciones, estudios y/o normatividad vigente.

Los artículos preseleccionados se registraron en un cuadro de búsqueda de Excel, donde se categorizaron de acuerdo a la concordancia con cualquiera de los cuatro objetivos a desarrollar, registrando su título, fuente, objetivo, resumen y pertinencia; seguidamente se leyó el resumen respectivo y de ser considerado pertinente se realizó la lectura completa del artículo para desarrollar los objetivos propuestos para la investigación.

El desarrollo de la monografía se realizó en dos momentos: un primer momento dirigido a la obtención de información que diera cuenta de las causas y consecuencias de una atención insegura en el talento humano en salud y el manejo de éstas en el territorio nacional e internacional; y un segundo momento dirigido a los administradores de instituciones, clínicos y auditores, donde se elaboró un protocolo o guía como propuesta

de manejo en caso de la notificación de un evento adverso y que se espera pueda ser aplicado a los actores responsables de dicha situación.

De acuerdo a la información recopilada, la investigadora adaptó y elaboró listas de chequeo como herramienta de trabajo y de actuación para los auditores o personas encargadas de realizar el acompañamiento y seguimiento a las segundas víctimas.

Para el desarrollo de esta monografía se contó con los recursos económicos, humanos y tecnológicos necesarios, además del respaldo de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, por medio del apoyo académico y técnico que permitió llevar a cabo la revisión bibliográfica del tema en cuestión, con la asignación de un director de trabajo de grado calificado en el tema y garante de la veracidad y racionalidad científica del trabajo. La estudiante a cargo dispuso del tiempo para invertir en la investigación y recolección de la información; tiempo estipulado en un cronograma académico que permitió el logro de los objetivos; además, asumió la inversión económica consistente en horas de dedicación a la investigación, transporte, alimentación y depreciación de los equipos utilizados.

El análisis de la información recopilada se realizó basado en los principios de responsabilidad, neutralidad y veracidad, sin juicios de valor, sin conflictos de interés ni con intención de favorecer ninguno de los actores de la atención en salud, lo que dió lugar a una creación seria y confiable que permite actualizar procesos y dar una mirada diferente a la intervención, el estudio y seguimiento de eventos adversos.

## 7. Políticas de Seguridad del paciente a nivel nacional e internacional

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió los sistemas de salud como el conjunto de instituciones encargadas de proporcionar adecuados programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamientos curativos y paliativos. A nivel mundial, los sistemas de salud cuentan con características similares, las cuales están determinadas por factores sociales, económicos y culturales, que inciden en el establecimiento de políticas públicas a nivel gubernamental para la organización de dichos sistemas”(9). Hace parte de dichas políticas la encargada de velar por La Seguridad del paciente como punto clave para lograr la calidad asistencial de los procesos de atención en salud, encaminada a proteger a los pacientes de riesgos evitables e inherentes a ésta.

La **seguridad del paciente** se define como “la ausencia de daño evitable a un paciente durante el proceso de la atención sanitaria. La magnitud y la gravedad de los daños, así como las consecuencias sanitarias y económicas de estos para los pacientes, los profesionales y las organizaciones sanitarias, han provocado que la seguridad del paciente sea considerada como una prioridad a nivel mundial, nacional, regional y local” (10)

A lo largo de la historia se ha dado el desarrollo y publicación de múltiples estudios internacionales interesados en evaluar los eventos adversos originados en la atención en salud a saber: en 1999, Err is human en Estados Unidos, el estudio ENEAS 2005 en España, el estudio IBEAS entre 2007-2009 en Iberoamérica, entre otros, resultados que han ocupado el interés de los expertos con el fin de poder determinar cuáles son aquellos obstáculos que impiden alcanzar las estrategias establecidas para mitigar los daños, teniendo en cuenta que, aún después de tantos años y aunque se han logrado avances en la seguridad del paciente, da la impresión de que quedan muchas cosas por mejorar, puesto que se siguen presentando eventos adversos originados en la prestación del servicio; es por esto que la responsabilidad no recae solamente en el talento humano

o empresas prestadoras de servicios, sino que es necesaria la actuación de políticos y expertos que obliguen a situar la seguridad del paciente en las políticas de salud y así generar una asistencia más segura.

La OMS en 2002 celebró en Ginebra, Suiza, la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, donde se aprobó la resolución WHA55.18, la cual insta a los Estados Miembros a “prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente (SP)” y a “establecer y reforzar sistemas basados en la evidencia científica, necesarios para mejorar la SP y la calidad de la atención sanitaria”(11).

En Estados Unidos se celebró la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, en el año 2004, la cual dio como fruto la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, actualmente llamada Programa para la Seguridad del Paciente, que sería un paso importante para el desarrollo de la SP de los Estados Miembros. Su objetivo puede resumirse en el lema “ante todo, no hacer daño”, y sus propósitos acciones y retos fundamentales se reflejan en programas de riesgo significativo y los retos del programa de seguridad del paciente de la OMS (11)

Para este fin, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente plantea los siguientes objetivos estratégicos:

- Proporcionar un liderazgo mundial para la seguridad del paciente que promueva el cambio.
- Aprovechar los conocimientos, la experiencia y la innovación para mejorar la seguridad de los pacientes atendidos.
- Apoyar a los Estados miembros, sistemas de salud, organizaciones, profesionales y sociedad en la aplicación de las medidas de seguridad del paciente para mejorar la atención sanitaria y reducir los riesgos derivados de ella (10)

Creada en 1951, la **JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCAHO)**, es una organización independiente y sin ánimo de lucro que se ha dedicado desde entonces a la acreditación hospitalaria, a través de la cual concreta su misión de mejorar la seguridad y calidad de la atención. En 2005 se creó el *Joint Commission International Center for Patient Safety*, siendo declarado el primer centro del mundo colaborador con la OMS íntegramente dedicado a la seguridad del paciente. Dentro de sus objetivos se destacan: mejorar la identificación de los pacientes, la comunicación efectiva entre los que brindan atención sanitaria y la seguridad en el uso de medicamentos, reducir los daños asociados con

los sistemas de alertas clínicas y el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria, así como que el hospital identifique los riesgos inherentes a la población atendida(11)

En la Unión Europea, la seguridad del paciente se incorporó como punto estratégico al programa legislativo y de trabajo de la Comisión Europea, en el año 2008, “mediante la presentación de un comunicado y una propuesta de Recomendación del Consejo sobre seguridad del paciente, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria” (10). En esta Recomendación se reflejan las principales actuaciones que se deberían establecer para la mejora de la seguridad del paciente a nivel europeo:

1. Fomentar el establecimiento y desarrollo de políticas y programas nacionales sobre seguridad del paciente.
2. Capacitar e informar a los ciudadanos y a los pacientes.
3. Apoyar el establecimiento, o reforzar los existentes, de sistemas de información y aprendizaje de eventos adversos sin sanciones.
4. Promover la educación y la formación de los profesionales sanitarios en materia de seguridad del paciente.
5. Clasificar y medir la seguridad del paciente a escala comunitaria, colaborando entre sí y con la Comisión Europea.
6. Compartir conocimientos, experiencias y buenas prácticas.
7. Desarrollar y promover la investigación en materia de seguridad del paciente.
8. Adoptar y aplicar al nivel adecuado una estrategia de prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (10)

Continuando en este contexto internacional, el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España con el interés de mejorar la seguridad de los pacientes “ha situado a la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad quedando así reflejado en la estrategia número 8 del Plan de Calidad para el SNS. Dicha estrategia trata de promover, sin interferir con las políticas que vienen desarrollando las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA), acciones de mejora en tres áreas recomendadas: cultura e información sobre seguridad de pacientes tanto en el ámbito profesional como entre la ciudadanía; desarrollo de sistemas de información sobre efectos adversos, y promoción de prácticas seguras en los centros asistenciales” (12).



A su vez Cuba forma parte también de los países que han incorporado en sus políticas de salud programas orientados al mejoramiento de la calidad, como es el caso de la Resolución Ministerial N°145/2007 donde se contempla el "Programa para el perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios". "La política de la Revolución Cubana tiene como premisa que la salud es un derecho de todos; está dirigida a garantizar, junto a la acción de otros organismos y organizaciones, los más altos niveles de calidad de vida del pueblo; brindar ayuda solidaria a los demás países del mundo y aspira a servicios de excelencia a través del mejoramiento permanente de la Calidad" (13). Además, da los lineamientos para la conformación de un comité de Auditoría Médica como parte del enfoque del control de la calidad asignándole las siguientes finalidades:

- Perfeccionar la Calidad de la Atención para la Seguridad del Paciente
- Educar y entrenar a los directivos, profesionales y Trabajadores
- Hacer recomendaciones y sugerencias oportunas a la Dirección y presentar al Consejo de dirección. (13)

En Latinoamérica, "Brasil se destaca por la creación de una de las primeras y principales estrategias para la seguridad del paciente, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, agencia del gobierno, que ha trabajado mucho en el campo de la seguridad. Su propósito institucional es promover la protección de salud de la población, mediante el control sanitario de la producción y comercialización de productos y servicios sujetos a la vigilancia sanitaria, incluyendo los ambientes, procesos, insumos y las tecnologías con ellos relacionadas, así como el control de los puertos, aeropuertos y fronteras" (14)

Por otro lado, en Chile rige la Ley 20584 de 2012, quien regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en la atención en salud, y reza en su Artículo 4º: "Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas. Adicionalmente, toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquel haya

ocasionado”(15). Además de la Resolución exenta N°1031, del 17 de octubre de 2012, que “Aprueba protocolos y Normas sobre Seguridad del Paciente y Calidad de Atención”(16).

En el territorio colombiano se cuenta con el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), el cual “fue definido como el conjunto de mecanismos que se han establecido para garantizarle a toda la población un mejoramiento de la calidad de vida a través de la prestación de servicios y la implementación de acciones que se desarrollan para ayudar a las personas, familias y comunidades a manejar los riesgos socioeconómicos y dar apoyo a las personas de escasos recursos económicos. El sistema tiene como objetivos regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención. El sistema debe proveer gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago”(17)

El SGSSS “Fue creado mediante la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, con el objeto de dotar de una nueva organización al sector salud, de modo que se hiciera posible la gradual y progresiva ampliación de coberturas y el acceso a la salud para toda la población del país” (17) y ésta ley, a su vez, ha sufrido diversas transformaciones con el paso de los años, atendiendo a las crisis económicas, sociales y/o políticas a las que se ha tenido que enfrentar el país pero siempre en beneficio del derecho fundamental a la salud.

La Prestación de Servicios de Salud en Colombia se encuentra reglamentada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, cuyo principal objetivo “es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas”(18).

Enmarcada en estos principios la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud se desarrolla a partir de tres ejes, **accesibilidad, calidad y eficiencia**, en cada uno de los cuales se definen estrategias, líneas de acción y proyectos o programas a ejecutar. En este sentido, el ámbito de la política de prestación de servicios “está dirigido tanto a los prestadores de servicios de salud públicos como a los privados y cubre a la población asegurada y no asegurada del país”(18).

En desarrollo de éstos principios se han expedido una serie de decretos y resoluciones que apuntan al cambio y reorganizan el sistema de prestación de servicios de salud en Colombia; es por esto, y en concordancia con las políticas mundiales, que se estableció a partir de 2002 el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención de Salud (SOGC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud (SOGCS) fue creado para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, el cual es aplicable para toda persona o entidad que oferte y preste servicios de salud y establece, mediante el Decreto 1011 de 2006, cuatro componentes así(17):

- Sistema Único de Habilitación: a través de los estándares de habilitación busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados con la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento.
- Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. Obligatorio para IPS.
- Sistema Único de Acreditación: destinado a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.
- Sistema de información para la Calidad: Tiene por objeto estimular la competencia por calidad entre los actores del sistema a través del monitoreo de indicadores de calidad; orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud. (17)

En 2007 es el mismo SOGC, quien define y promulga las "Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud" de acuerdo con el decreto 1011 de 2006 , comprometiéndolo al auditor con su papel en el ejercicio de lograr la excelencia; "El propósito de la auditoría es convertirse en un instrumento de evaluación y monitorización permanente para lograr calidad dentro de los principios del mejoramiento

continuo, siendo concedora de los procesos prioritarios que la organización debe definir a partir del seguimiento a riesgos en la prestación de servicios, cuya finalidad es proteger a los usuarios de los principales riesgos que se presentan durante el proceso de atención en salud y orientándose al logro de los estándares de acreditación. Sus objetivos de mejoramiento están centrados en el usuario, comparando la calidad observada con la calidad deseada, detectando las desviaciones que se presentan en esta comparación para elaborar, implementar y hacer seguimiento a los planes y actuar para el mejoramiento, de manera que se impacte el cumplimiento de los estándares, para alcanzar niveles de calidad que lleven a mejorar la Salud de los usuarios al menor costo posible (costo-beneficio)”(5).

En Colombia además, se define Sistema de incentivos para la garantía de la calidad como “el Sistema que permita, estimule y retribuya una buena atención a la salud y que desaliente al mismo tiempo comportamientos inadecuados de cualquier índole, ya sea por parte de los médicos, de los usuarios o de los administradores” (5), se puede entender entonces, que los incentivos estimulan a generar conductas por parte de los trabajadores encaminadas a mayores resultados de mejor calidad, a menor costo, a brindar atenciones más seguras, a mejorar su desempeño y alentarlos para cumplir metas desafiantes.

Los incentivos para el mejoramiento de la calidad disponibles como instrumentos de política pública se clasificaron de la siguiente manera(5):

- **Incentivos económicos “puros”:** el mejoramiento de la calidad es motivado por la posibilidad de obtener ganancias económicas, ya sea porque la calidad genera mayores ventas y/o aumenta los márgenes de rentabilidad.
- **Incentivos de prestigio:** la calidad se mantiene o se mejora con el fin de mantener o mejorar la imagen o reputación.
- **Incentivos legales:** se desmotiva el desmejoramiento de la calidad por medio de sanciones.
- **Incentivos de carácter ético y profesional:** en el caso particular de la prestación de servicios de salud, existen incentivos para el mejoramiento de la calidad propios del sector: la calidad se mantiene o se mejora en aras de cumplir con una responsabilidad por representar los intereses del paciente.(5)

Cabe considerar que, los incentivos conforman una parte fundamental del sistema de salud. Aunque muchas veces, se encuentran de manera

implícita en la relación de los actores del sistema, deben considerarse como un apoyo clave para la consolidación del mismo, pues si están ejecutados de forma adecuada, permiten el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud, la optimización en la utilización de los recursos y la percepción de bienestar de los usuarios tanto internos como externos. En este aspecto, se reconocen los incentivos no financieros como los de mayor utilidad para mejorar el desempeño laboral, tales como promociones, capacitaciones permanentes que permitan mejorar sus competencias profesionales, uso potencial de la formación científica y técnica, así como el reconocimiento por la labor desempeñada(9).

Al igual que en el territorio colombiano, en muchos otros países se tiene reglamentado el sistema de incentivos a los actores en salud, un ejemplo de esto es el Sistema de salud de Canadá, donde "esta iniciativa se aplica principalmente a las enfermeras de más de 55 años, permitiéndoles dedicar algunas de sus horas de trabajo a funciones menos exigentes físicamente, como enseñar a los pacientes e instruir al personal. En ocasiones, es posible conseguir financiamiento suplementario para programas especializados, brindando incentivos a los hospitales que adopten mecanismos de control de costos, como el ahorro y las retenciones a otras áreas hospitalarias, como fruto de la gestión" (9).

En el Sistema de Salud de Chile "se estableció el Programa de Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en Atención Primaria en 1995. Fondo de Incentivos que surgió en el año de 1996 y posee la forma actual de financiamiento desde el año 2000. Para el 2002, la Ley 19.813 establece incentivos económicos relacionados al cumplimiento de metas sanitarias. Para el año 2014, se realizó una propuesta de política de incentivos para los médicos en Atención Primaria en Salud (APS), que pretende promover la permanencia de los médicos en la atención primaria, proponiendo incentivos económicos, en donde se establece que los sueldos sean más competitivos, apoyando a los estudiantes que se enfoquen a realizar su especialización para trabajar en APS; e incentivos sociales, dotando en tecnología, recursos y marketing social, con el fin de incrementar su reputación frente a la comunidad, mejorar su gestión clínica y facilitar el desarrollo de acciones intersectoriales" (9).

Por su parte, el Sistema de Salud de Ecuador por medio de "El Ministerio de Salud Pública (MSP), ha puesto en ejecución un plan de fortalecimiento del talento humano para médicos y enfermeros que va desde la formación académica hasta la homologación salarial. El objetivo, es implementar

este proceso para mejorar la atención a la ciudadanía en centros de salud y hospitales a escala nacional y además, brindar la oportunidad de capacitación y actualización de conocimientos a los profesionales de enfermería. El Plan "Ecuador Saludable, Vuelvo por Ti", responde a un plan integral de fortalecimiento del talento humano que impulsa el gobierno, enfocado en dotar con profesionales de calidad a las unidades operativas del MSP, para ofrecer servicios óptimos a la ciudadanía. Este plan general, logró que unos 20.000 nuevos servidores se vinculen a dar atención directa a la ciudadanía y comprende propuestas de inclusión de personal nacional y extranjero, la especialización de profesionales de la salud, planes de estabilidad laboral, compensaciones económicas e incremento de jornada laboral y el plan de fortalecimiento de talento humano de primer nivel."(9)

Esta metodología de aplicación internacional ratifica la injerencia del sistema de incentivos en la eficiencia del sistema de salud, que asemeja un trueque de múltiples ganancias, ya que el aporte del profesional a la institución se ve retribuido a éste como beneficios personales, ambientes y condiciones de trabajo ideales; la organización se ve beneficiada no solo con rendimiento económico sino que le permite gozar de buen nombre y reconocimiento en la sociedad traducido en mayores inversiones; y por otro lado, los pacientes podrán gozar de atenciones óptimas y de alta calidad que satisfagan sus necesidades y minimicen el riesgo de producir daños producto de la misma.

## 8. Consecuencias de los eventos adversos para el talento humano en salud

La misión del talento humano en salud es participar en el proceso de atención a los enfermos contribuyendo a la recuperación de su salud y el mantenimiento de la misma, éste es un compromiso con el paciente y la sociedad inherente a su profesión, es la razón para la que fueron preparados y para la que continuamente están preparándose, pero es precisamente esta misión la que los obliga a estar capacitados para prevenir un error, evitar un evento adverso o identificarlo oportunamente, lo que permita mitigar sus consecuencias, daños secundarios y/o evitar la muerte de un paciente.

La denominación de **evento adverso** se hace sobre "aquel incidente que genera daño al paciente, causado después de que éste ingresa a la institución médica y está relacionado más con el cuidado proveído, o con ocasión de este, que con la enfermedad que sufría originalmente y por la cual requirió su internamiento a la unidad hospitalaria. Este tipo de incidentes constituye un resultado no deseado para el paciente, que puede ser o no consecuencia de un error, y el cual surge durante la atención clínica, causando lesiones físicas o psicológicas a un paciente, es decir, el Evento Adverso es el daño ocasionado al paciente a partir de la atención o intervención en salud y que no es producida intencionalmente"(19)

Los eventos adversos pueden ser clasificados desde varias perspectivas:

**Según condición de evitabilidad:** los eventos adversos deben clasificarse según se haya revisado si estos pudieron ser evitables o no; o eran por el padecimiento o por el procedimiento realizado. (19)

**Según nivel de severidad del daño producido:** se clasifican como graves, moderados y severos, según los siguientes principios:

**a)** grave: si ocasiona la muerte o incapacidad de la persona (o si contribuye a ello) o que implique una nueva intervención quirúrgica;

**b)** moderado: si ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración o más

**c)** leve: si ocasiona alguna lesión o complicación mínima, sin prolongación de la estancia hospitalaria. (19)

**Según la tipología de la problemática que los originó:** relacionados con aspectos de carácter administrativo, con procesos o procedimientos

clínicos, con aspectos relacionados con los cuidados hospitalarios, con situaciones vinculadas a procesos de medicación (19)

Existe además el **evento centinela**, definido como un “Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro”(17). Teniendo en cuenta esta definición, y clasificándolos según la disponibilidad de sistemas de registro o su carencia, se pueden enunciar los siguientes:

- Muerte materna.
- Reacciones transfusionales.
- Transfusión de grupo sanguíneo equivocado.
- Infecciones intrahospitalarias.
- Reacciones adversas graves a medicamentos.
- Cirugía en paciente, región, lado del cuerpo u órgano equivocado.
- Complicaciones quirúrgicas graves.
- Retención de instrumental pos-cirugía.
- Suicidios potencialmente evitables.
- Errores en la prescripción y administración de medicamentos.
- Retraso en el tratamiento.
- Sujeción o reclusión inadecuadas.
- Caída.(17)

#### 8.1 Eventos adversos según el Ministerio de la Protección Social

En Colombia, el Ministerio de Protección Social, como ente delegado para velar por la seguridad del paciente, es el encargado de monitorear la gestión de la calidad en la atención en salud del SOGC, fin para el cual estableció el Sistema de Información de la Calidad (Resolución 1446 de 2006), obligando a IPS y EAPB al reporte de eventos adversos con el fin de obtener mediciones y poder así garantizar una óptima prestación de los servicios de salud.

#### **Listado de referencia de eventos adversos trazadores de la calidad de la atención en salud**

- *Eventos Adversos Prestadores de Servicios de Salud (IPS)*



1. Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales.
2. Pacientes con trombosis venosa profunda a quienes no se les realiza control de pruebas de coagulación.
3. Ingreso no programado a UCI luego de procedimiento que implica la administración de anestesia.
4. Pacientes con neumonías broncoaspirativas en pediatría o UCI neonatal.
5. Pacientes con úlceras de posición.
6. Distocia inadvertida.
7. Shock hipovolémico post – parto.
8. Maternas con convulsión intrahospitalaria.
9. Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado.
10. Pacientes con hipotensión severa en post – quirúrgico.
11. Pacientes con infarto en las siguientes 72 horas post – quirúrgico.
12. Reingreso al servicio de urgencias por misma causa antes de 72 Horas.
13. Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días.
14. Entrega equivocada de un neonato.
15. Robo intra – institucional de niños.
16. Fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados.
17. Suicidio de pacientes internados.
18. Consumo intra - institucional de psicoactivos.
19. Caídas desde su propia altura intra – institucional.

20. Retención de cuerpos extraños en pacientes internados.
21. Quemaduras por lámparas de fototerapia y para electrocauterio.
22. Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos.
23. Utilización inadecuada de elementos con otra indicación.
24. Flebitis en sitios de venopunción.
25. Ruptura prematura de membranas sin conducta definida.
26. Entrega equivocada de reportes de laboratorio.
27. Revisión de reemplazos articulares por inicio tardío de la rehabilitación.
28. Luxación post - quirúrgica en reemplazo de cadera.
29. Accidentes pos transfusionales.
30. Asalto sexual en la institución.
31. Neumotórax por ventilación mecánica.
32. Asfixia perinatal.
33. Deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento.
34. Secuelas post – reanimación.
35. Pérdida de pertenencias de usuarios.
36. Pacientes con diagnóstico que apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico. (17)

- *Eventos adversos de referencia para Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EPS, ARS, Medicina Prepagada)*

1. Usuarios detectados por suplantación.
2. Afiliados duplicados.
3. Quejas por no prestación de servicios POS.
4. Quejas interpuestas por reconocimiento de copago o cuota moderadora.
5. Pacientes a los cuales se les reconoce servicio inicialmente rechazado.
6. Servicio negado por inadecuado proceso de afiliación.
7. Devoluciones de liquidación de aportes por inadecuado diligenciamiento y liquidación
8. Pacientes insatisfechos por lo que consideran injustificadas barreras de acceso a la atención.
9. Solicitud de traslado antes del periodo mínimo legal.
10. Pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Pompe en los cuales transcurrió más de seis meses entre la aparición de los síntomas y la confirmación del diagnóstico.
11. Sífilis Congénita en nacimientos en la EAPB.
12. Tutelas por no prestación de servicios POS.
13. Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal a causa de enfermedad obstructiva.
14. Pacientes que mueren encontrándose en lista de espera para la autorización o realización de alguna ayuda diagnóstica o procedimiento relacionado con la enfermedad.
15. Pacientes con transmisión vertical de VIH.
16. Tutelas o quejas por registro incorrecto de periodos mínimos de cotización.
17. Detección de Cáncer de Cérvix en estadios avanzados.

18. Detección de Cáncer de colon en estadios avanzado.
19. Complicaciones atribuibles a no disponibilidad de insumos o medicamentos.
20. Complicaciones de los pacientes o fallas en la continuidad de los tratamientos atribuibles a tiempos de espera prolongados.
21. Demora en suministro de insumos o medicamentos por trámites administrativos.
22. Reacciones por medicamentos vencidos.
23. Pacientes que son remitidos repetidas veces a instancias equivocadas o erróneas antes de ser referidos al punto definitivo de atención.
24. Complicaciones relacionadas con oxígeno terapia atribuibles a monitorización, seguimiento o suministro del oxígeno.
25. Paciente en estado crítico sin asistencia.
26. Notorias colas o congestión de pacientes y/o acompañantes en las taquillas o estaciones de asignación de citas.
27. Pacientes en lista de espera por más de tres meses. (17)

## 8.2 Las segundas víctimas de un evento adverso

Todos los eventos adversos, sin importar su clasificación "suponen un problema importante para la salud pública 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"(20), y aunque, sin duda, el principal afectado por el EA es el paciente, reconocido como primera víctima ya que sobre él recaen las secuelas más severas; no se pueden desconocer los efectos de estos en los profesionales y equipo de salud responsables, identificados a su vez como "segundas víctimas", ya que también experimentan un sentimiento de ambivalencia sobre el suceso y dependiendo de la severidad del incidente, le pueden generar angustias, inseguridades en la toma de decisiones clínicas, abandono de su labor, temor al señalamiento, temor a las consecuencias legales, entre otros,

todos con un impacto psicológico negativo, en él, en su familia y en la institución que representan.

El profesional de la salud en su desempeño cotidiano está expuesto a múltiples factores de riesgo, siendo de éstos, los factores sicosociales, especialmente importantes, ya son factores producto de la interacción entre el trabajo, la satisfacción en el empleo, el entorno de su organización y su situación personal fuera del trabajo, y después de la sumatoria de todos afectan su quehacer y repercuten positiva o negativamente en su salud mental debido al estrés que pudieran generar.

A pesar de ser reconocido el impacto de los eventos adversos en el personal de salud, no ha sido un campo muy estudiado, tal vez por ser un aspecto muy difícil de determinar y aún más difícil establecer parámetros para su manejo, si se tiene en cuenta que la severidad de su impacto depende en gran medida del carácter y de la capacidad que tenga la segunda víctima, para asumir el fracaso, para reconocer sus errores, para reportar los eventos adversos, para asumir responsabilidades y sobre todo, su capacidad de resiliencia.

El término "segunda víctima" fue introducido por Wu en el año 2000 para referirse al profesional que participa en un EA inevitable y que queda traumatizado por esa experiencia o que no es capaz de afrontar emocionalmente la situación. Unos años más tarde, Susan Scott (2009) amplió esta definición haciendo referencia a todo profesional sanitario que participa en un EA, un error médico o una lesión inesperada relacionada con el paciente y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso. Estos dos autores (Albert Wu de la Universidad Johns Hopkins y Susan Scott del Hospital de la Universidad de Missouri) son, en la actualidad, las dos referencias internacionales más citadas en el estudio de las segundas víctimas (21).

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(21).

En el trabajo realizado acerca del Impacto de los eventos adversos sobre el profesional sanitario, Mónica Carvajal, refiere que "la segunda víctima implicada en un evento adverso puede experimentar consecuencias en el aspecto personal tanto físicamente como psicológicamente, en el ámbito profesional y en la vida familiar"(22).

En el aspecto personal, "la respuesta emocional se caracteriza por sentirse solo, negativo y culpable. El profesional se avergüenza de sí mismo y se siente disgustado por lo ocurrido. Pueden aparecer respuestas de ansiedad, shock, desesperación, tristeza, ataques de pánico, impotencia, enfado, frustración, estrés y negación de lo ocurrido"(22), sea cual fuere la que se experimente interferirá en el normal transcurrir de la vida, pues su condición de involuntarias e incontrolables, pueden llegar al punto de desfigurar la imagen personal y profesional ya establecida, y en casos más severos a perder el norte y la misión en el mundo.

En el ámbito profesional, "la respuesta emocional se puede manifestar con una disminución de la resiliencia en el profesional, es decir, una disminución de la capacidad del mismo para adaptarse de manera positiva al evento adverso cometido. Pueden aparecer la pérdida de confianza en sí mismo y en su criterio profesional, la incertidumbre ante cualquier decisión, la pérdida del disfrute de su trabajo y profesión, el estrés y el aislamiento tanto personal, como profesional y familiar"20. Consecuencias graves al momento de evaluar el papel decisivo del criterio y las decisiones médicas en el proceso de atención, pues la incertidumbre y la duda no permiten actuar acertada ni oportunamente, perdiendo por completo el control de su labor.

La respuesta mental "se caracteriza por la presencia de flashbacks en los que se revive la ocurrencia del evento. También, pueden aparecer síntomas físicos como el insomnio, cefalea, vómitos, llanto incontrolado, dolor de estómago, la pérdida de peso y de apetito, el nerviosismo y estrés junto con agitación, taquicardia e hipertensión. En casos extremos, algunos profesionales han sufrido ataques al corazón"(22)

La respuesta mental puede también ser positiva o negativa. "Las respuestas positivas se caracterizan por el aprendizaje del error cometido, se adquiere mayor conciencia de la responsabilidad de sus actos y su profesión, se toman más medidas de precaución, se adquiere una actitud más crítica y se presta mucha atención a las medidas de prevención. En definitiva, el profesional adquiere una actitud de cautela. Las respuestas

negativas se caracterizan por la pérdida de concentración en el trabajo, el miedo al futuro por las posibles consecuencias legales y profesionales que pueda tener el verse envuelto en un evento adverso, el miedo a la pérdida de la reputación, utilizar la medicina defensiva como método de trabajo y el adquirir una actitud suspicaz”(22). Son estas las razones que revelan la gran importancia de intervenir este tipo de respuesta, ya que no solo define la actuación inmediata ante lo ocurrido, sino que también determina en gran medida los acontecimientos futuros.

En la vida familiar puede aparecer “tensión en el entorno con su pareja, hijos, padres o familiares más cercanos, a consecuencia de los sentimientos que provoca en el profesional el verse involucrado en un evento adverso y esto puede desencadenar un cambio en su personalidad, el estar más irritable y la infelicidad” (22) actitud apenas lógica partiendo de la premisa de que el ser humano es un todo, y el tratar de disgregarlo según el ámbito donde se encuentre es imposible.

A su vez, Susan Scott en el año 2017, publicó los hallazgos encontrados en la entrevista a 31 segundas víctimas, lo que le permitió describir seis etapas por las que pasa el personal de salud que se ha visto involucrado en un EA, identificadas en su modelo de trayectorias, como se grafica en la Ilustración 1.

#### 1. Caos y respuesta a accidentes:

En el momento en que se detecta un evento/resultado adverso, el médico involucrado describió escenarios caóticos y confusos de agitación externa e interna que finalmente llevaron a una comprensión de lo que había sucedido. Durante las secuelas inmediatas, hay un período de investigación rápida para verificar exactamente qué sucedió. Simultáneamente, el paciente puede ser inestable y requiere cuidados intensivos y monitoreo. Por lo general, se convoca a médicos adicionales para brindar apoyo con los procedimientos o las pruebas. Con frecuencia, la víctima se distrae, se sumerge en la autorreflexión y trata de manejar a un paciente en crisis. A menudo contactaban a un compañero para la atención del paciente y se reprendían por no poder pensar de manera coherente.(23)

#### 2. Pensamientos intrusivos:

Esta etapa se describió como un período de recreaciones embrujadas, a menudo con sentimientos de incapacidad interna y períodos de

autoaislamiento. La víctima reevalúa la situación repetidamente con preguntas de "qué pasaría si". (23)

### 3. Restauración de la integridad personal

La tercera etapa se describió como la búsqueda de apoyo de una persona con la que tenían una relación de confianza, como un colega, supervisor, amigo personal o miembro de la familia. Muchos no sabían a quién acudir porque nadie podía relacionarse con su experiencia o comprender el impacto personal que el evento tuvo en ellos profesional y personalmente. Una gran duda sobre su futura carrera profesional plagó a muchos. Uno de los mayores desafíos fue superar reflexiones personales como "lo que los demás pensarán de mí" y "volveré a confiar en mí" (23)

Las segundas víctimas describieron una incapacidad para seguir adelante cuando el suceso fue seguido de un "chisme" negativo y sin apoyo, que desencadenó recuerdos adicionales e intensificó las dudas y la falta de confianza clínica. El alcance de esta fase bien puede anclarse en la cultura de trabajo en equipo del departamento. (23)

### 4. Soportar la inquisición

Después de enfocarse inicialmente en estabilizar al paciente y las reflexiones personales, hay un despertar de que la institución reaccionará al evento de manera poco clara. Específicamente, la segunda víctima comienza a preguntarse sobre las repercusiones que afectan la seguridad laboral, la licencia y los litigios futuros. (23)

### 5. Obtención de ayuda emocional

Las segundas víctimas tendían a buscar apoyo emocional de varias maneras. Muchos expresaron su preocupación por no saber quién era un Persona "segura" para confiar. Aproximadamente un tercio de las segundas víctimas buscaron el apoyo de sus seres queridos, pero indicaron que fueron cautelosos al hacerlo debido a las consideraciones legales y de privacidad mencionadas anteriormente. Otros notaron que sus seres queridos simplemente no podían comprender su vida profesional y debían protegerse de este dolor. Varios encuestados recibieron el apoyo de compañeros de trabajo, supervisores o jefes de departamento. Sin embargo, la cantidad proporcionada puede ser insuficiente ya que los sentimientos negativos persistieron.(23)



## 6. Seguir adelante, abandonar, sobrevivir o prosperar

Aunque numerosas segundas víctimas describieron su evento como un impacto en sus prácticas laborales, algunos sintieron que el evento permanecería con ellos durante toda su carrera. Hay un empuje interno (de la segunda víctima) y externamente (de compañeros de trabajo, colegas, supervisores) para "avanzar" y dejar atrás el evento. Sin embargo, a los participantes les resulto difícil dejar completamente atrás el evento. Esta es una etapa única para la recuperación, ya que tiene tres caminos potenciales: abandonar, sobrevivir o prosperar. El abandono implica cambiar el rol profesional, dejar la profesión o mudarse a un lugar de práctica diferente.(23)

Otra posible conclusión en la sexta etapa es sobrevivir, lo que significa que el individuo se desempeña en los niveles de rendimiento esperados y está "bien", pero sigue estando afectado por el evento.

Algunos conservaron los recuerdos del evento, cambiaron la forma en que practicaron o se involucraron en el cambio de práctica. La prosperidad en la sexta etapa fue identificada por los participantes que hicieron que algo bueno viniera de la desafortunada experiencia clínica. (23)



En las diferentes etapas el profesional puede verse afectado en las esferas emocionales, familiares y laborales, con una serie de consecuencias que

varían en su intensidad de una persona a otra: ansiedad, síntomas afectivos; preocupación mórbida por su rendimiento y capacidad profesional; problemas de concentración; insomnio; cambios de humor; miedo a las consecuencias legales; pérdida de prestigio profesional; estrés postraumático (24)

El clima organizacional por su parte juega un papel muy importante tanto en la prevención de un evento adverso como en la mitigación o manejo de sus consecuencias, teniendo en cuenta que es un factor que influye directamente en la salud física y mental de los trabajadores. Es así como un clima organizacional positivo provee logros, productividad, baja rotación y satisfacción; mientras que el clima organizacional negativo produce inadaptación, alta rotación, ausentismo y baja productividad, siendo todos estos factores predisponentes para la ocurrencia de un fallo o evento adverso. De igual manera, ante la existencia de un ambiente de trabajo nocivo el señalamiento o poco apoyo entre pares acentúa las consecuencias psicológicas de los profesionales implicados e incrementa el ausentismo de éstos.

Las instituciones donde se presenta un evento adverso deben esforzarse por brindar el apoyo adecuado no sólo a las primeras víctimas, sino también a sus segundas víctimas, pues éstas al no sentirse respaldadas pueden incrementar el riesgo de desarrollar, entre otros, el Síndrome Burnout, aumentando la posibilidad de futuros errores, generando ámbitos laborales difíciles, profesionales deteriorados con atenciones de mala calidad y poco seguras. Además, no debe desconocerse que muchos de los errores pueden deberse a la insatisfacción de los empleados, condiciones de trabajo inapropiadas o cargas laborales excesivas.

### 8.3 Síndrome de Burnout como consecuencia de los eventos adversos en el ejercicio médico

La definición más utilizada es la propuesta por Maslach y Jackson de la Universidad de Berkeley, California 1981: «*Burnout* es un síndrome de agotamiento emocional, de despersonalización y de rendimiento personal mermado que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas».(24)

El síndrome de burnout (SB) afecta la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, afecta la calidad de cuidados y tratamiento que

reciben los pacientes y en el aspecto laboral tiene repercusiones como la disminución de la productividad, conflictos laborales, bajo compromiso laboral, incremento en la tasa de accidentes, ausentismo, situaciones que se traducen en pérdidas económicas para la organización. Algunas otras manifestaciones son la baja autoestima, dificultad para concentrarse, comportamientos agresivos hacia compañeros y pacientes, trastornos del sueño, alteraciones gastrointestinales, taquicardias y aumento en el consumo de café/tabaco/alcohol/ fármacos, convirtiéndose en un problema de salud pública y de salud laboral. (24)

Presentación clínica del SB:

**Cansancio o agotamiento emocional:** pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga

**Despersonalización:** construcción, por parte del sujeto, de una defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración.

**Abandono de la realización personal:** el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto. (25)

Dichos componentes se presentan de forma insidiosa, no súbita, si no paulatina, cíclica, puede repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo. (25)

Existen varios tipos de manifestaciones que pueden considerarse como signos de alarma o en ocasiones como parte ya del cuadro clínico en sí como: negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión (siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio), ira, adicciones, cambios de personalidad, culpabilidad y autoinmolación, cargas excesivas de trabajo, se puede presentar como cambios en los hábitos de higiene y arreglo personal, cambios en el patrón de alimentación, con pérdida o ganancia de peso exagerada, pérdida de la memoria y desorganización, dificultad para concentrarse y puede haber trastornos del sueño (25)

#### 8.4 Responsabilidad médica ante eventos adversos

Las consecuencias legales también se hacen presentes ante un evento adverso, teniendo en cuenta que la víctima o su familia tienen el derecho de recurrir a demandas y/o indemnizaciones en aras de buscar reparación al daño ocasionado y en algunos casos de hacer responsable de los errores cometidos al profesional. En este caso, tanto el profesional responsable

como la institución prestadora del servicio, se verán enfrentados a demandas civiles o penales generadoras de altos costos en salud y de grandes distorsiones en las relaciones entre las entidades reguladoras, las aseguradoras, instituciones de salud, trabajadores y pacientes.

“La responsabilidad médica es una variante de la responsabilidad profesional y general que atañe a todas las personas independientemente que ejerzan o no una profesión, la diferencia estriba que a través de ese ejercicio surja un elemento objetivo «el daño», que tenga relación directa con el accionar médico, ya sea por una atención médica, una intervención quirúrgica, una práctica, etc., y que desde el punto de vista legal, se halle encuadrado dentro de los denominados delitos culposos, en donde la intencionalidad del accionar es no provocar un daño, que si sucede debe ser por imprudencia, impericia, negligencia e inobservancia de los deberes a su cargo”(26), hacerle frente al error humano no es fácil para los profesionales, pero esto no desconoce su responsabilidad en el ejercicio de su labor, y aunque lo ideal es prevenirlo, en el momento que se presente se debe asumir también una carga legal.

No se puede olvidar que la esencia de la atención en salud es la preservación de la vida humana, de la mano de la actividad médica para la que tan cuidadosamente son preparados los profesionales, pues no solamente el conocimiento científico hace parte de su formación universitaria, sino también la responsabilidad ética con la comunidad es incluida en sus programas académicos, son instruidos en los principios de justicia, no maleficencia y beneficencia; sin embargo, su condición de seres humanos les permite equivocarse dando origen a malas prácticas que en la mayoría de los casos, desencadenan eventos adversos.

Entendiendo siempre que la medicina no es una ciencia exacta y que todo acto médico tiene riesgos, se han señalado los siguientes tipos de mala práctica médica:

- Negligencia médica: incumplimiento de los principios de la profesión. Lo que debe hacerse no lo hace o a sabiendas de que no debe hacerse, lo hace.
- Impericia: falta total o parcial de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad. Ineptitud para el desempeño profesional.
- Imprudencia: el daño causado se produjo porque el acto médico se realizó sin las debidas precauciones ni medir las consecuencias.(27)

Ahora bien, es de suma importancia que el talento humano en salud reconozca e identifique las responsabilidades legales a las que se puede ver enfrentado en el ejercicio de su labor, pues su conocimiento servirá como intermediario a la hora de tomar decisiones sobre su actuar y le reiterará siempre optar por las mejores conductas en su desempeño. A saber:

#### 8.4.1 Responsabilidad Civil Médica

Dentro del ejercicio médico toda práctica errada debe ser asumida por el tratante mas no por el paciente. Entonces, es el tratante el obligado a indemnizar a su paciente por el daño causado si se comprueba que se obro impropriamente. (26)

La práctica médica es acompañada de una valoración científica que determina los grados de complejidad y riesgo, este riesgo es soportado por el paciente el cual padece un trastorno de salud. Este riesgo es asumido por los médicos, por consiguiente, esta aceptación tiene connotaciones jurídicas en caso de que el paciente o sus deudos se sientan perjudicados. (26)

La responsabilidad médica civil no busca analizar los caminos que tuvo que seguir el galeno al momento de atender al paciente, esta figura jurídica está encaminada a demostrar que la existencia del daño es debida al incumplimiento del médico así este hubiese sopesado el pro y los contras de las alternativas que se presentaron buscando garantizar el bienestar, la salud y el restablecimiento del paciente; dicha responsabilidad civil médica busca la mejor forma de reparar el daño mediante el pago de una indemnización por los perjuicios causados. (26)

#### 8.4.2 Responsabilidad Administrativa Médica

Los médicos y los tratantes médicos prestan un servicio a la sociedad, sus labores son ejercidas en sitios donde se atiende al público, por consiguiente, son considerados "servidores públicos", consiguientemente sus actuaciones también están regidas por la Ley 1437 de 2011. En la responsabilidad administrativa médica lo que se persigue es que los pacientes que se vean afectados por un acto médico producto de una mala praxis sean indemnizados por las entidades administrativas públicas correspondientes, que prestaron un servicio deficiente. Por consiguiente, le corresponde al prestador de los servicios el indemnizarlos siempre y cuando el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado

con una persona o grupo de personas, salvo que el paciente consiente y voluntariamente acepte un tratamiento de experimentación científica. (26)

#### 8.4.3 Responsabilidad Ética Médica

La responsabilidad ética médica está muy ligada a la responsabilidad penal. Esta se encuentra reglamentada en la Ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamentario 3380 de 1981, donde se determinan las funciones del galeno y su relación con los pacientes y la sociedad. Con la incorporación del Tribunal de Ética Médica "paso de ser una responsabilidad moral a una jurídica, al ser la conducta examinada por un Tribunal del Estado mediante un procedimiento legal y con sanciones que producen efectos externos"(26)

#### 8.5 Litigio e indemnizaciones en Casos de Negligencia Médica

Como se ha podido establecer con anterioridad cuando un resultado esperado es adverso, surge un sentimiento de ira y desolación que es muy difícil de remediar, y más cuando este sentimiento es producido por un acto médico negligente. Cuando el paciente o sus familiares se deben enfrentar a estas situaciones entonces inician un proceso donde se busca (26):

- La Reparación del Daño
- El Pago de una Indemnización por Perjuicios
- La Sanción Disciplinaria y Penal del Tratante Médico.
- El Restablecimiento de Derechos.

Los casos más comunes de litigio por negligencia médica son(26):

- Diagnóstico Equivocado o Tardío
- Falta o Defectuosa Realización de Pruebas Complementarias
- Alta Hospitalaria Indebida
- Seguimiento Posterapéutico Incorrecto
- Fallos en la Medicación
- Fallos en los Elementos Utilizados en los Tratamientos
- Maniobra Quirúrgica Incorrecta
- La Inobservancia de Protocolos Médicos

- Formación Insuficiente del Medico

Siempre que se establezca un litigio de responsabilidad médica se debe conocer el daño ocurrido, entiéndase como daño a toda alteración física y psíquica que tenga repercusiones materiales e intrínsecas. Los tipos de daño que se persiguen reparar son(26):

- Daño Físico (Lesiones).
- Daño Psicológico.
- Daño Material (Económico, debido a incapacidad física y psicológica).
- Daño Inmaterial (Sufrimiento, Angustias, Dolor).
- Daño Estético (Mutilaciones y Laceraciones permanentes que queden a la vista).

El Consejo de Estado afirma que para indemnización en los daños a la salud se tendrán en cuenta los criterios expuestos en las sentencias unificadas del 14 de septiembre de 2011, que reglamenta que la indemnización es de 10 a 100 SMLMV(28). La tabla 1 detalla la relación entre la gravedad de la lesión y la indemnización a las víctimas:

*Tabla 1. La gravedad de la lesión y la indemnización en salarios mínimos (28)*

GRAVEDAD DE LA LESIÓN	VÍCTIMA
Igual o superior al 50%	100 SMMLV
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80 SMMLV
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60 SMMLV
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40 SMMLV
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20 SMMLV
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10 SMMLV

Sin embargo, en los casos de extrema gravedad y excepcionales se puede aumentar hasta 400 SMLMV, que debe estar debidamente motivada, teniendo en cuenta las siguientes variables(28):

- La pérdida o anomalía de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (temporal o permanente)
- La anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura corporal o mental.
- La exteriorización de un estado patológico que refleje perturbaciones al nivel de un órgano.
- La reversibilidad o irreversibilidad de la patología.
- La restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad normal o rutinaria.
- Excesos en el desempeño y comportamiento dentro de una actividad normal o rutinaria
- Las limitaciones o impedimentos para el desempeño de un rol determinado.
- Los factores sociales, culturales u ocupacionales. La edad. Sexo.
- Las que tengan relación con la afectación de bienes placenteros, lúdicos y agradables de la víctima.

Con todo lo anterior, es perfectamente demostrable que todo error médico que ocasione perjuicios o daños en la salud de los pacientes y/o, en el peor de los casos, su muerte tiene repercusiones en las segundas víctimas en todos los ámbitos: psicológicos, físicos, legales, familiares, institucionales y detrimentos patrimoniales; repercusiones de larga duración y alto impacto, que pueden convertirse en una bola de nieve cada vez con más víctimas indirectas, por lo que todo intento por minimizar la ocurrencia de un evento adverso es ciertamente importante, no solo en el camino de la seguridad del paciente y la alta calidad de la atención en salud, sino en la garantía de ofrecer un ejercicio médico en un ambiente ideal que ofrezca a los profesionales la tranquilidad de realizar su labor en las mejores condiciones y con los resultados esperados.



## 9. Auditoría a eventos adversos en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad.

El SOGC es creado con el fin de reunir las normas, requisitos y mecanismos de los cuales se vale el sector salud para dar cumplimiento al principio de calidad, mencionado desde la Ley 100 de 1993, entendido como el mejoramiento de los servicios ofrecidos buscando la satisfacción de los usuarios. Es un sistema enfocado en el usuario con el fin de incrementar los resultados favorables, que propende en todo momento por su seguridad y la protección de los riesgos asociados a las atenciones en salud.

La existencia de este tipo de decretos permite inferir que la responsabilidad de una atención de calidad no recae solamente sobre el profesional de salud, sino que es amplio el grupo de actores que interfieren en el proceso, aseguradoras, administradores, profesionales y usuarios; razón por la cual debe prestárseles especial atención y regular adecuadamente sus funciones, a sabiendas de que interfieren de manera directa o indirecta sobre los resultados en salud.

Ahora bien, a pesar de la existencia de métodos, lineamientos y filosofías orientadas al mantenimiento de la calidad en la atención de salud, entendida como la seguridad de los pacientes, sigue siendo ésta una gran preocupación a la que deben hacer frente las instituciones, viéndose obligados a adoptar metodologías de evaluación a sus procesos de gestión que se traduzcan en información útil para la prevención de la ocurrencia de eventos adversos, a la vez que den cuenta de la realidad institucional de los profesionales que intervienen en éstos y en su administración.

La auditoría en salud con su amplio campo de intervención es una herramienta indispensable para la recolección, análisis y medición de información clara que permita a las organizaciones la toma de decisiones para alcanzar los objetivos estratégicos trazados, por medio de datos confiables y verídicos; no son los auditores los encargados de buscar culpables y ni de denunciar los errores, son, en cambio, asesores de confianza concebidos para añadir valor y mejorar las operaciones de una organización, tienen la capacidad de generar una visión global del funcionamiento de ésta, de identificar deficiencias en los procesos y proponer opciones de intervención que puedan transformarlos en

experiencias exitosas, además de aportar al mejoramiento continuo de los procesos en su totalidad.

La importancia y objetivo de la auditoría se encuentra ampliamente enmarcada y documentada dentro del componente del SOGC dedicado al Mejoramiento de la Calidad, "entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad "concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación""(5), lo que le otorga a ésta el reconocimiento como herramienta necesaria para lograr a cabalidad los demás componentes del sistema; la auditoría merece ser entendida como una gran estrategia con implicaciones transversales en todas las instituciones, por lo que debe ser sistemática y periódica.

Según el Decreto 1011 de 2006, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud implica(5):

1. La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios;
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas;
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Además, concede a la auditoría un contexto amplio de intervención y, respecto a la Seguridad del Paciente es clara en determinar que: "La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe constituir una de las herramientas clave para proteger la seguridad del paciente: elegir prioritariamente fuentes de trabajo que impacten en ella, desplegar metodologías que favorezcan el análisis causal y el análisis de las fallas para desatar acciones de mejoramiento efectivas y eficientes"(5)

Una buena forma de representar el enfoque del Mejoramiento Continuo es el ciclo de mejoramiento o PHVA. En este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud. La aplicación del ciclo es continua en el tiempo(5):

- Planear (P): Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.
- Hacer (H): Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en las formas o "como" establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución de lo planeado, pero tiene que ver, adicionalmente, con la recolección de los datos.
- Verificar (V): Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de la evaluación del comportamiento de los indicadores que se han construido o de la aplicación de los métodos de evaluación de la calidad, incluidos aquellos que forman parte de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.
- Actuar (A): En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en el caso de que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

El ejercicio de auditoría define sus acciones al identificar, priorizar, implementar y reevaluar acciones de mejora aplicándolas en un ciclo como el antes descrito cuantas veces se haga necesario y su posterior retroalimentación al sistema, con el fin de garantizar la efectividad, eficiencia y satisfacción del usuario con los servicios ofertados, traducido en servicios óptimos y de alta calidad, de los cuales no solo se ve beneficiado el paciente y su familia, sino que también minimizan el riesgo legal y/o psicológico al que se vería enfrentado el profesional ante una falla en el sistema de atención.

Es claro entonces, el protagonismo de la auditoría en el camino por prevenir la ocurrencia de un incidente o evento adverso; pero, ante la ocurrencia de éste, su labor es crucial, ya que está demostrado que un EA es el resultado de una cadena de procesos defectuosos, no identificados e intervenidos adecuadamente; por lo que un análisis

minucioso del mismo es necesario para identificar barreras que deben ser neutralizadas, sus causas y maneras de prevenirlas.

### 9.1 Modelo de queso suizo

Para abordar el tema de los errores en la atención de salud, el psicólogo James Reason señaló dos abordajes: el humano y el del sistema.

- El error humano tiene un origen en situaciones de inseguridad al realizar sus acciones de trabajo, abordaje y en omisiones a los procedimientos; cometidos por una situación de cansancio, sobrecarga de trabajo, estrés, negligencia, entre otros.
- El error del sistema, va en sentido que, aunque sea una adecuada organización las barreras para cometer los errores se rompen, como son: barreras tecnológicas, capacitación o inducción al puesto del personal correspondiente, cuestiones administrativas, o relacionadas con la estructura de la institución.(29)

Es el mismo Reason quien hace una analogía con el queso y presenta un modelo llamado "queso suizo" con el que ejemplifica que "para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó"(4), lo que permite inferir que las múltiples deficiencias del sistema originan el error humano, por lo que deben ser escudriñadas e intervenidas.

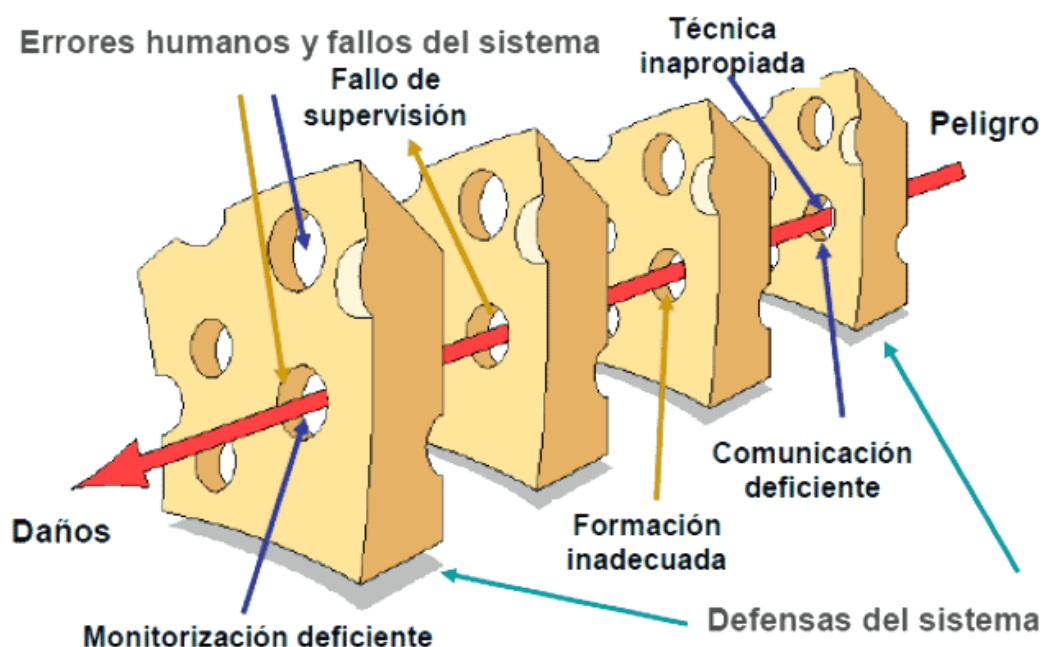


Ilustración 2. Modelo de queso suizo(29)

La Ilustración 2 hace referencia a que en las diferentes instancias en salud, hay una serie de riesgos potenciales durante el proceso de atención, sin embargo también se presentan barreras que favorecen que los riesgos no se traduzcan en daños sobre el usuario, sin embargo como en el modelo del queso, las barreras pueden presentar orificios (fallas) que vulneran su funcionamiento, los cuales se encuentran en un continuo movimiento y cuando los diferentes orificios en las barreras confluyen o se alinean ocurre el error(29).

Estos orificios o fallas en el sistema pueden ocurrir por dos razones: fallas activas y condiciones latentes.

- Fallas activas se refiere a los actos cometidos por las personas que tienen un contacto directo con el usuario, traduciéndose en una equivocación o torpeza, durante el proceso de atención, son elementos que no permanecen mucho tiempo dentro de las barreras de seguridad o no la vulneran de manera prolongada(29).
- Las condiciones latentes están presente por decisiones tomadas en la organización, relacionado con las condiciones del lugar de trabajo, por ejemplo: presión, falta de personal, equipo inadecuado

que genera una condición continua desfavorable sobre las barreras de seguridad o no favorece que se presenten estas barreras (29)

Así las cosas, se puede inferir que al tratar de intervenir las fallas en el sistema las acciones están dirigidas a diferentes actores, si se tratara de intervenir las fallas activas la corrección será a las personas; pero si la tarea es intervenir las fallas latentes la corrección se hará sobre los procesos. De igual manera, se hace pertinente la retroalimentación entre los actores, ya que ante el desconocimiento del uno o el otro de los cambios necesarios, es muy probable que las fallas se vuelvan a presentar y a originar nuevos eventos adversos.

Aunque muchas veces es fácil para el auditor identificar las causas inmediatas de un incidente, el análisis cuidadoso de éstos descubre desviaciones de fondo ocultas a la vista panorámica; por lo que es necesario el establecimiento de estrategias organizacionales por la alta gerencia institucional y el compromiso al interior de las organizaciones de generar entornos seguros y vivir una cultura de seguridad, además de la integración de otras políticas y procesos institucionales que apunten al mismo deseo.

Con la intención de mejorar la problemática de la seguridad de los pacientes en los servicios de salud, es preciso realizar un enfoque amplio de todos los factores que pueden provocar riesgos. Una de las principales premisas a tener en cuenta, es que el error existe porque es parte de la condición humana, se debe aceptar que hay equivocaciones para poder así generar un cambio de cultura en las organizaciones no punitivo. Comunicar los errores entre otros profesionales ayudará a que haya aprendizaje organizacional y se establezcan medidas de prevención, además que ofrecerá una visión y actitud más crítica ante los eventos.

Igualmente, cuando son repetitivas las intervenciones correctivas a las personas, la conducta natural es ocultar ante sus compañeros la falla, y si además la institución castiga ante el error, es entendible que no se realicen los reportes; ahora bien, si no se reportan las fallas activas, la organización no puede identificar y menos corregir las fallas latentes. Por ello la importancia de una cultura justa que fomente el reporte con el propósito de identificar e intervenir fallas.

Es por esto, que la implementación de la Cultura del reporte de eventos adversos e incidentes, con la garantía de confidencialidad de la información allí consignada, que no genere desinformación o malos ambientes laborales, juega un papel preponderante en la medición de la incidencia de eventos adversos, y aunque ésta cultura debe ser fortalecida desde todos los procesos, porque ofrece de primera mano la explicación de los sucesos, también debe ser tenido en cuenta que la percepción consignada corresponde a uno solo de los involucrados en el evento, por lo general el responsable, quien está experimentando un sentimiento de angustia y/o miedo a la culpa, lo que le puede sesgar lo reportado y generar ambigüedades en la definición exacta de las causas o información incompleta que reduzca su responsabilidad en los hechos; pero es justamente en este momento donde la experticia y neutralidad del auditor entran en juego en búsqueda de un análisis integral y multicausal que genere certeras acciones de mejora y el correcto establecimiento de barreras de seguridad como parte del mejoramiento continuo.

## 9.2 Análisis de eventos adversos a partir del Protocolo de Londres

En la tarea de realizar un análisis integral de los eventos adversos, el Ministerio de Salud colombiano aprueba el Protocolo de Londres teniendo en cuenta que "Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa. Por tratarse de un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casual o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada"(30).

Este marco conceptual facilita el análisis de los incidentes en la medida que incluye desde elementos clínicos relacionados con el paciente, hasta factores del más alto nivel organizacional y de su entorno, que pueden haber jugado algún papel causal(30).

Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason, graficado en la Ilustración 3(30).

## MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE SUCESOS ADVERSOS

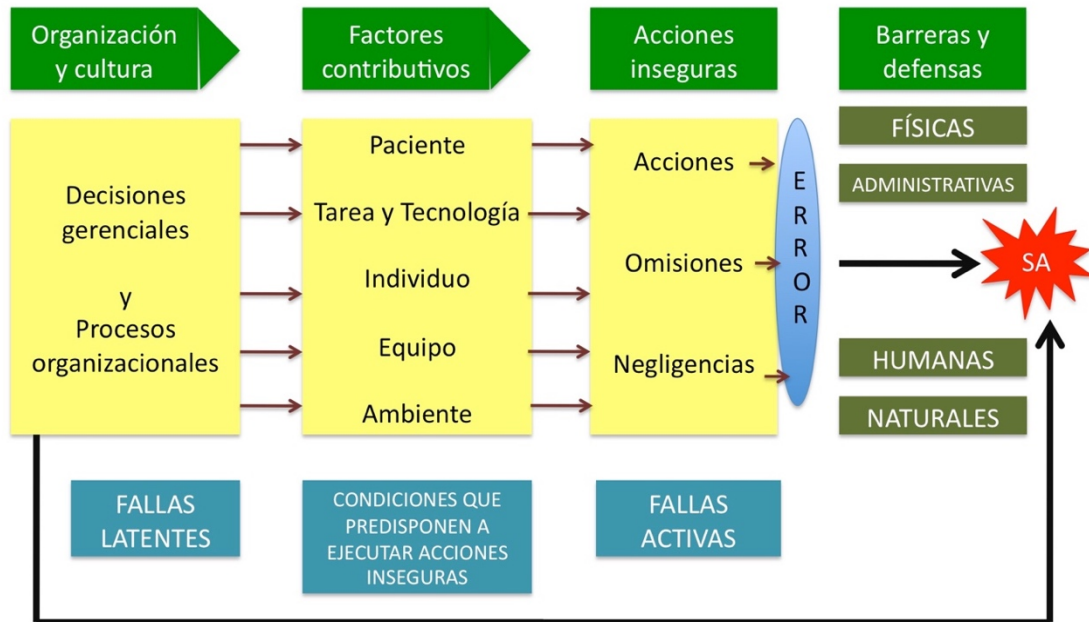


Ilustración 3. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos(31)

La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea (piloto, controlador de tráfico aéreo, cirujano, anesthesiólogo, enfermera, etc). Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso(31).

El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. Éstas son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente(31). Los posibles factores contributivos se encuentran reunidos en la Tabla 2.



Tabla 2. Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica(31).

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
PACIENTE	Complejidad y gravedad
	Lenguaje y comunicación
	Personalidad y factores sociales
TAREA Y TECNOLOGIA	Diseño de la tarea y claridad de la estructura
	Disponibilidad y uso de protocolos
	Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnóstica
	Ayudas para toma de decisiones
INDIVIDUO	Conocimiento, habilidades y competencia.
	Salud física y mental
EQUIPO DE TRABAJO	Comunicación verbal y escrita
	Supervisión y disponibilidad de soporte
	Estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc)
AMBIENTE	Personal suficiente
	Mezcla de habilidades
	Carga de trabajo
	Patrón de turnos
	Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos
	Soporte administrativo y gerencial
	clima laboral
	Ambiente físico (luz, espacio, ruido)
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	Recursos y limitaciones financieras
	Estructura organizacional
	Políticas, estándares y metas
	Prioridades y cultura organizacional
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Económico y regulatorio
	Contactos externos

### 9.2.1 Investigación y análisis de eventos adversos

El proceso para la investigación tanto de incidentes como de eventos adversos graves, se encuentra igualmente estandarizado, lo que lo

convierte en una herramienta útil para el auditor o persona encargada de hacer el respectivo análisis, pero en la que también intervienen múltiples factores, como la experticia del investigador, recursos disponibles, profundidad deseada en la investigación, gravedad de los sucesos y por parte de la institución, lo fortalecido que se encuentre en el aprendizaje institucional.

El protocolo de Londres propone la siguiente ruta para investigar y analizar incidentes clínicos:



Ilustración 4. Ruta para investigar y analizar incidentes clínicos(31)

- **Identificación y decisión de investigar.** Es obvio que el proceso de investigación y análisis de un incidente supone un paso previo: haberlo identificado. Detrás de la identificación está el inmenso campo del reporte de los errores y eventos adversos, el cual sólo ocurre en instituciones que promueven activamente una cultura en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo, en donde no se sanciona el error, pero sí el ocultamiento. Una vez identificado el incidente, la institución debe decidir si inicia o no el proceso. En términos generales, esta determinación se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional. Independientemente de los criterios que se utilicen, toda organización debe hacer explícito los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación(31).

- **Selección del equipo investigador.** Hay que reconocer que un proceso complejo como éste requiere, además de conocimiento y experiencia en investigación de incidentes, conocimiento y experiencia

clínica específica. Idealmente, un equipo investigador debe estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador. Las personas con competencias múltiples son muy útiles en estos equipos, siempre y cuando cuenten con el tiempo necesario(31). Un equipo debe contar con:

- Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos.
- Punto de vista externo (miembro de Junta Directiva sin conocimiento médico específico).
- Autoridad administrativa senior (director Médico, jefe de Enfermería, etc).
- Autoridad clínica senior (director Médico, Jefe de Departamento, jefe de Sección, especialista reconocido, etc).
- Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no involucrado directamente.

Es posible que, para investigar un incidente menor, una persona con competencias múltiples (investigador, autoridad administrativa y clínica) sea suficiente (31)

• **Obtención y organización de información.** Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse tan pronto como sea posible (31)

Estos incluyen como mínimo(31):

- Historia clínica completa.
- Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente.
- Declaraciones y observaciones inmediatas.
- Entrevistas con los involucrados.
- Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc).
- Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien adiestrado.

Las declaraciones y observaciones inmediatas son muy valiosas, siempre y cuando se orienten a obtener el tipo de información que se desea tener, para evitar que sean resúmenes incompletos de la historia clínica. Las declaraciones deben ser narraciones espontáneas de la percepción individual acerca de lo ocurrido, de la secuencia de eventos que antecedieron el incidente, de la interpretación acerca de cómo esos eventos participaron en el incidente y de aquellas circunstancias y

dificultades que los involucrados enfrentaron –por ejemplo, equipo defectuoso- y no están descritas en la historia clínica (31)

El auditor tiene una labor precisa en este momento de la investigación, su actitud debe ser neutral, no debe ser juzgante ni punitiva, pues debe propender por ofrecer al entrevistado la confianza suficiente para dar su versión más certera y clara acerca de lo ocurrido, y debe tener además la habilidad para realizar preguntas concluyentes que orienten y acerque a la realidad de los acontecimientos.

- **Precise la cronología del incidente.** Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto a la historia clínica, deben ser suficientes para establecer qué y cuando ocurrió. El equipo investigador tiene la responsabilidad de identificar cualquier discrepancia entre las fuentes (31)

- **Identifique las acciones inseguras.** Una vez identificada la secuencia de eventos que condujeron al incidente clínico, el equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras. Es probable que algunas se hayan identificado durante las entrevistas o como producto de la revisión de la historia clínica. Sin embargo, es útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras. La gente, que de alguna manera participó en el incidente, usualmente es capaz de identificar el motivo por el cual ocurrió (31).

- **Identifique los factores contributivos.** El paso siguiente es identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Cuando se ha identificado un gran número de acciones inseguras es bueno seleccionar las más importantes y proceder a analizarlas una a una, dado que cada una tiene su propio conjunto de factores contributivos (31).

- **Recomendaciones y plan de acción.** La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas. El plan de acción debe incluir la siguiente información(31):

- Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.

- Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
- Asignar un responsable de implementar las acciones.
- Definir tiempo de implementación de las acciones.
- Identificar y asignar los recursos necesarios.
- Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
- Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
- Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

Ésta es quizá la labor definitiva en las funciones del auditor, pues es la que dará origen a cambios en la organización que alimenten el mejoramiento continuo y promuevan la mejor calidad en la atención, razón por la cual, a la hora de realizar recomendaciones y planes de acción, se debe ser muy realista y se debe orientar claramente acerca de los responsables de los mismos, sin permitir ambigüedades y desconocimiento de competencias.

Es igualmente de suma importancia, hacer seguimiento a recomendaciones originadas de la investigación, pues no basta con formularlas, es necesario asegurar su cumplimiento y promover la cultura de seguridad, ya que esto engendra en los profesionales confianza y apropiación de su labor, al ver traducido los acontecimientos en mejoramientos efectivos y los motiva para hacer los aportes necesarios en la organización. “El rol que ejerce el comportamiento humano tanto en la generación como en la resolución de incidentes, además de la influencia directa de la cultura de la organización y el entorno de trabajo en este comportamiento son aspectos a considerar al abordar estrategias de enseñanza o implementación de medidas de mejora. Se entiende el factor humano en su forma individual, es decir, en relación al sujeto en contacto directo con el paciente, o bien en su forma colectiva, que abarca las relaciones que se establecen en el equipo humano que trata al paciente. Durante la gestión de las crisis como paradigma de la necesidad de un trabajo en equipo de alto rendimiento, distintas herramientas han demostrado evidencia en la mejora de resultados del trabajo en equipo y la consiguiente mejoría del resultado seguro en la atención al paciente”(11).

## 10. Acompañamiento al talento humano en salud responsable de un evento adverso.

En la dinámica del modelo actual de salud, es frecuente hacer cara a los eventos adversos desde la resolución de lo que se dañó, pero no se hace una real intervención a la causa que produjo dicho daño, y menos, una retroalimentación y/o acompañamiento a los profesionales involucrados para mitigar consecuencias emocionales y prevenir la ocurrencia de nuevos sucesos. Pareciera desconocerse que “el bienestar de médicos y residentes dentro de una organización de salud tiene indudablemente un efecto positivo en la calidad de la atención médica, pues al estar comprometidos con el trabajo y tener satisfacción en su desarrollo profesional los hace más productivos, lo que se correlaciona directamente con la percepción de los pacientes en cuanto a la calidad de la atención médica recibida”(24)

A pesar de que no somos un país exento de eventos adversos ni de sus consecuencias, “No existe en la actualidad una fuerte institucionalización de la seguridad y los pocos programas que existen insisten en un abordaje sobre la conducta individual, y no se tiene en cuenta que tanto el sistema como los individuos contribuyen al problema. La mayoría de las veces, la conducta que se toma ante un error es de ocultamiento, punitiva y no correctiva. Por esta razón y en general, el abordaje es reactivo, los errores son percibidos cuando producen daño en el paciente y las medidas correctoras son de forma y no de fondo”(32), razón por la cual es imprescindible que tanto las instituciones como las personas apunten a programas para darle solución al problema, teniendo en cuenta que hace parte de su responsabilidad estar preparados para afrontar fenómenos que inevitablemente se producirán en algún momento.

Las instituciones de salud sin duda se ven afectadas ante un evento adverso, ya que “éstos también pueden provocar la pérdida de prestigio y disminución de la confianza en las instituciones sanitarias (terceras víctimas). Esta visión de las instituciones sanitarias como tercera víctima fue introducida por Charles Denham en 2007. Las consecuencias en las terceras víctimas y cómo afrontarlas apenas han sido estudiadas aunque se ha sugerido la elaboración de un plan de crisis junto a otras medidas para prevenir la pérdida de prestigio de la institución” (33), situación que no debe ser ignorada por los directivos, puesto que la interrelación y la sumatoria de todos estos acontecimientos se ve traducido en una disminución de la productividad, además de un impacto negativo en el

cumplimiento de la plataforma estratégica establecida por cada organización.

Por otra parte y de acuerdo a un estudio realizado por la Organización Mundial de la salud (OMS), "el impacto económico de una organización generado por problemas de salud relacionados con el trabajo pueden generar pérdidas que van del 4 al 6% del PIB; sin embargo cuando se implementan estrategias para mejorar la calidad de vida laboral se puede reducir el ausentismo por enfermedad en un 27% y los costos de atención sanitaria para las empresas en un 26%"; en esta investigación se resalta que la depresión generada por el estrés en el trabajo aumenta las tasas de enfermedades y las bajas laborales prolongadas"(34) ésta situación plantea entonces la necesidad de intervenciones de salud ocupacional dirigidas a la prevención de enfermedades y/o lesiones asociadas al trabajo.

El estudio de los EA y su impacto en la primera víctima, está ampliamente documentado en el territorio nacional, con claras indicaciones de prevención, reportes y manejo de los mismos; pero a la hora de hablar de programas de gestión del impacto de los EA sea en los profesionales implicados o en la institución involucrada, se observa que la mayor parte de estos programas pertenecen a organizaciones internacionales, por ejemplo, en los EE.UU, se han desarrollado múltiples programas accesibles en sus redes electrónicas como se relacionan en la Tabla 3(35). Por su lado, en España, se cuenta con un Grupo de Investigaciones en Segundas y Terceras Víctimas, dedicado a realizar estudios del tema en cuestión.

Tabla 3. Enlaces web de algunos centros internacionales con programas de gestión de impacto de los EA y soporte a los profesionales implicados (35)

Institución y/o programa relacionado	Dirección web
Johns Hopkins Medicine. Caring For The Caregiver	<a href="http://www.johnshopkinssolutions.com/solution/rise-peer-support-for-caregivers-in-distress-2/">http://www.johnshopkinssolutions.com/solution/rise-peer-support-for-caregivers-in-distress-2/</a>
MITSS. Medically Induced Trauma Support Services	<a href="http://www.mitss.org/index.html">http://www.mitss.org/index.html</a>
Missouri University Health Care. forYOU Team-Caring for our Own	<a href="http://www.muhealth.org/about/qualityofcare/office-of-clinical-effectiveness/foryou-team/">http://www.muhealth.org/about/qualityofcare/office-of-clinical-effectiveness/foryou-team/</a>
MACRMI. Massachussets Alliance for Comunication and Resolution following Medical Injury	<a href="http://www.macrmi.info/#sthash.DtgVBrED.dpbs">http://www.macrmi.info/#sthash.DtgVBrED.dpbs</a>
Washinton University School of Medicine in St Louis. Risk Management	<a href="https://risk.wusm.wustl.edu/Pages/ProgramObjectives.aspx">https://risk.wusm.wustl.edu/Pages/ProgramObjectives.aspx</a>
Second Victim Foundation	<a href="http://www.secondvictimfoundation.org/">http://www.secondvictimfoundation.org/</a>
Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Open Disclosure	<a href="http://www.safetyandquality.gov.au/our-work/open-disclosure/">http://www.safetyandquality.gov.au/our-work/open-disclosure/</a>
Proyecto FISS PI13/0473 y PI13/01220: Impacto de los eventos adversos en los profesionales sanitarios: Segundas y Terceras Víctimas	<a href="http://www.segundasvictimas.es">http://www.segundasvictimas.es</a>

Uno de los centros de referencia de los programas de intervención se localiza en el Hospital Clínico de la Universidad de Missouri (UMHC), con su programa ForYOU; "Este programa se puso en marcha en 2007, para apoyar a los profesionales sanitarios afectados por un EA" (35) y es éste, a su vez, el programa base del grupo español para el manejo de las segundas víctimas.

En este programa se definen 3 niveles de intervención, esquematizados en la Ilustración 5:

Nivel 1: Apoyo local. "Un compañero de equipo entrenado en las habilidades necesarias para dar soporte es el que proporciona un primer apoyo, tranquilidad y análisis de la situación al profesional afectado o implicado en el EA"(35). El **primer nivel** consiste en **primeros auxilios emocionales** proporcionados a **nivel "local" o departamental**. Esto se traduce en escucha activa y asesoramiento profesional. En este primer nivel se interviene desde un **enfoque preventivo** con el objetivo de que la persona implicada no llegue a convertirse en segunda víctima. ¿Quiénes proporcionan esta ayuda? Las **fuentes naturales de apoyo**, es decir los compañeros de unidad, la supervisora o el jefe de servicio. Estos portadores de apoyo no han recibido formación específica sobre cómo ayudar a una segunda víctima, pero sí tienen unas nociones básicas sobre el fenómeno. Se estima que hasta un **60%** de las segundas víctimas recibirán apoyo suficiente en este primer nivel (36)

Nivel 2: Apoyo individual por pares. "El apoyo lo realizan profesionales del propio centro entrenados para ello y/o agentes de seguridad del paciente y gestión de riesgos. Proporcionan atención individual, aunque también puede complementarse con sesiones grupales" (35). El **segundo nivel** es la piedra angular del programa y consiste en **apoyo** proporcionado por un **equipo de profesionales del centro** de distintos perfiles (enfermeros, médicos, auxiliares, etc.) que de manera voluntaria han recibido **formación específica** para tal efecto. En La Universidad de Missouri este grupo de profesionales ha sido bautizado como "**forYOU team**". El objetivo es que la segunda víctima pueda recibir apoyo de una persona con la que se identifique, es decir, de un igual. El equipo tiene dos modos de intervención: individual (de tú a tú) y en grupos. Asimismo, se presta especial atención a la segunda



víctima durante los procesos de investigación y litigios ya que se ha visto que éstos actúan como desencadenantes de la sintomatología inicial. Se prevé que este escalón de apoyo cubra las necesidades de apoyo de un **30%** de las víctimas (36).

Nivel 3: Red de derivación establecida y más especializada. “si procede por intensificación o persistencia de los síntomas y que está constituida por profesionales como capellán, trabajadores sociales y psicólogos clínicos. Estos aseguran la disponibilidad y agilizar el acceso al apoyo profesional y a la rápida orientación” (35) El **tercer nivel** es la **red de apoyo especializada**. Es fundamental asegurar su disponibilidad y el acceso inmediato. Se estima que solo un **10%** de las segundas víctimas necesitará ayuda especializada (36).

### Modelo de Intervención de Tres Niveles - Scott



Ilustración 5. Modelo de intervención de tres niveles (36)

Por su parte, el Grupo de Investigaciones en segundas y terceras víctimas español, en su sitio web [www.segundasvictimas.es](http://www.segundasvictimas.es), expone su programa de intervención que consta de un módulo informativo y otro de

intervención demostrativa, y de la misma manera proponen una “Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas”, las cuales son creadas a partir de la evidencia y de los diversos estudios realizados del tema, razón por la cual servirán de orientación en la tarea de crear planes de seguimiento y acompañamiento al talento humano de salud responsable de un evento adverso, finalidad del presente escrito.

### 10.1 Desde las instituciones

Son las instituciones las protagonistas en esta tarea de acompañar e intervenir en las segundas víctimas resultantes de la prestación de los servicios de salud, pues son las facilitadoras de los servicios y las encargadas de velar por el bienestar del talento humano que tiene asociado, por lo que no es posible pensar una mitigación de eventos adversos y sus consecuencias en las segundas víctimas, sin el compromiso desde la institución y la instauración de un mismo idioma en la cultura de la seguridad, por este motivo se proponen las siguientes acciones a implementar:

ACCIÓN	FINALIDAD
Fortalecer la cultura de seguridad y la política institucional.	Como primera medida se recomienda la transformación organizacional dentro de las instituciones, que incluya la atención a primeras, segundas y, porque no, a las terceras víctimas de un evento adverso. Cambio de cultura que debe ser pensado, establecido y documentado con el fin de estandarizar la actuación frente a los diversos eventos adversos que pudieren presentarse, igualmente la conformación de un equipo de trabajo disponible para actuar en el momento que sea necesario.

<p>Fomentar una cultura justa, positiva y segura.</p>	<p>Con cultura del reporte y altamente confidencial como parte del respeto a los pacientes y al talento humano involucrado. Olvidar el carácter punitivo y reforzar el aporte a la calidad de las atenciones, la calidad de vida de los empleados, el mejoramiento continuo de los procesos y la buena imagen institucional.</p>
<p>Determinar la mejor estrategia de apoyo clínico al talento humano.</p>	<p>Con la que se garantice el manejo integral de todos los factores que puedan manifestarse posterior al evento, la elaboración de un plan de actuación frente a los eventos adversos que incluya intervención a los efectos inmediatos, seguimiento a éstos y aprender de la experiencia implementando acciones correctivas.</p>
<p>Establecimiento del grupo de apoyo o primera línea de ayuda a la segunda víctima.</p>	<p>Dicha estrategia orientará a su vez los requerimientos de perfiles profesionales para el establecimiento del equipo apoyo, el cual puede ser conformado por auditores, psicólogos, abogados, líderes de procesos, clínicos, entre otros. Todos estos deben ser personas accesibles, que sepan escuchar y entender, confiables y sin conflictos de interés. En caso de que la institución no cuente con disponibilidad de todas las profesiones establecidas en la estrategia, se debe incluir los centros de referencia disponibles para la atención de las segundas víctimas.</p>

Capacitar al grupo de apoyo.	Es igual de importante, capacitar al equipo elegido como primera línea de ayuda para que puedan servir de real apoyo al personal afectado, además de tener la capacidad de actuar en momentos de crisis; temas como que decir, que no decir, como decirlo y en qué momento decirlo son indispensables para el buen funcionamiento y efectividad del programa.
Divulgación a los clínicos y todo el personal de la institución de la estrategia implementada.	Con el fin de conocer los servicios ofrecidos y como acceder a ellos. Además de promover la cultura del reporte, dar a conocer los formatos institucionales para el reporte de eventos adversos e incidentes e instruir en su correcto diligenciamiento.

#### 10.1.1 Perfil de los integrantes del grupo de apoyo

Se propone determinar los perfiles de las personas que pueden formar parte de los equipos de ayuda basados en la "Guía de recomendaciones española"; en el Anexo 1(página 82), fueron adaptados dichos ítems a una lista de chequeo para aplicar a aquellos que se han identificado como posibles integrantes del equipo de apoyo.

Los resultados de esta lista de chequeo se darán en porcentajes de cumplimiento, considerándose a aquellos profesionales que obtengan un porcentaje por encima del 85%, idóneos para conformar dicho grupo. Por su parte, la cantidad de los integrantes del grupo de apoyo puede variar en cada institución dependiendo de su nivel de atención y cantidad de empleados, pero si se debe procurar por contar con un grupo de diversas profesiones, o una institución de referencia en caso de que se necesite intervención especializada y que por la complejidad de la entidad no sea posible tenerla.

#### 10.2 Acciones con la segunda víctima

Ante la ocurrencia de un evento adverso y posterior a su respectivo reporte, es posible identificar las nuevas víctimas que requieren del acompañamiento, apoyo y seguimiento establecido, pero es de aclarar, que independiente de la institución, estrategia o protocolo instaurado, se deben respetar los derechos de las segundas víctimas, partiendo de su reconocimiento como ser humano y su don de servicio en el ejercicio del cual se presentó el error.

Charles Denhman, en su artículo TRUST: The 5 Rights of the Second Victim (TRUST, Los 5 derechos de las segundas víctimas), expone los derechos que tienen los cuidadores involucrados en eventos que dañan a los pacientes.

#### 1. Trato justo:

No podemos presumir la culpa de negligencia o asignar el 100% de responsabilidad a los cuidadores frente a fallas del sistema que predisponen a los cuidadores al error humano. A menudo tratamos a nuestros cuidadores involucrados en fallas del sistema como culpables del peor de los pecados. En una "Cultura Justa", se adopta un enfoque no punitivo de tratamiento justo que puede conducir a mejorar el sistema que permitió que ocurriera el error(37).

#### 2. Respeto:

En el período inmediato posterior a un evento, es una segunda naturaleza caer en un ciclo de culpar a los nombres y la vergüenza, a menudo negando a nuestros colegas incluso los elementos más básicos de respeto y decencia común. Debemos practicar "la regla de oro" y tratar a nuestros colegas con el mismo respeto que esperaríamos. Nuestros colegas a menudo son testigos silenciosos de errores y se angustian por lealtades en conflicto con el paciente, la institución y el equipo. Los líderes deben alentar a sus organizaciones a respetar a los involucrados en un evento(37).

#### 3. Entendimiento y compasión:

El cuidador necesita tiempo y ayuda compasiva para poder pasar por las etapas articuladas por Kubler-Ross: negación, enojo, negociación, depresión y aceptación. Para ayudar a sus compañeros de equipo, los líderes de una organización y los cuidadores de primera línea deben comprender el conocimiento de las fallas del sistema y darse cuenta de

que la gran mayoría de los eventos dañinos se deben a una cascada de factores contribuyentes; sobre todo, deben comprender la fisiopatología de la emergencia psicológica que ocurre cuando un cuidador daña involuntariamente a un paciente. Deben llegar a las segundas víctimas con la misma compasión que defienden o tratan de entregar a sus propios pacientes(37).

#### 4. Apoyo:

Nuestros cuidadores tienen derecho a servicios psicológicos y de apoyo. La literatura está llena de casos que muestran que los curanderos están sujetos a un trauma después de tales eventos y pueden considerarse las segundas víctimas. Debemos adoptar un enfoque sistemático para brindar esta atención de una manera tan profesional y organizada como lo haríamos en el tratamiento de cualquier otro paciente(37).

#### 5. Transparencia y oportunidad de contribuir:

La seguridad del paciente estará bien servida si podemos ser más honestos y transparentes sobre nuestros errores con nuestros pacientes, nuestros colegas y nosotros mismos. Una comprensión más profunda del contrato ético y social entre los cuidadores y sus pacientes, y el entorno profesional que rodea a un error, puede mejorar la probabilidad de su divulgación. La clave entre ellos es la identificación de factores institucionales que apoyan la divulgación y reconocen el error como una parte inevitable de la práctica de la medicina.

La mejora de la seguridad del paciente depende de la capacidad de los proveedores de atención médica para identificar, divulgar e informar con precisión los errores médicos. En la base de la gestión de riesgos radica la percepción de que la prevención de errores está vinculada al aprendizaje de los errores. Aprender de los errores solo puede ocurrir cuando se informan los errores. Es probable que un trabajador errante que experimentó apoyo en lugar de culpabilidad se incline a cooperar con la organización para prevenir errores recurrentes. Las personas más cercanas a la acción en torno a un evento catastrófico son aquellas involucradas en él. En lugar de simplemente tomar una declaración, mantener la información en silos y suprimir la discusión con un enfoque único en una demanda potencial, nuestras organizaciones necesitan aprender de cada dimensión de un evento. A los involucrados les debemos ser parte de ese aprendizaje, no solo para obtener el mayor conocimiento, sino también para brindarles la oportunidad de sanar al contribuir a la prevención de eventos futuros. En cambio, a menudo los desconectamos

y aprovechamos una de las oportunidades más importantes para "corregir las cosas" cuando su comportamiento ha contribuido a un daño involuntario. (37)

No se debe olvidar, que el fin de toda intervención en segundas víctimas es la mitigación de las consecuencias emocionales inherentes al hecho, es por esto que se proponen los siguientes pasos y actitudes ante el reporte de un evento adverso, la intención es que se realicen todos en el orden que a continuación se propone si la situación así lo permite, y si este no es el caso, asegurar el cumplimiento de cada uno de ellos:

ACTUACIÓN CON LA SEGUNDA VÍCTIMA	
ACCIÓN	OBJETIVO
Identificar la cantidad de segundas víctimas presentes	Reconocer el talento humano involucrado en el suceso que experimenten sentimientos de angustia y/o afectación emocional.
Desconectarlas de sus tareas	De manera inmediata los líderes de proceso tendrán la labor de cubrir sus turnos de trabajo con otros colegas
No señalarlas, rechazarlas o enjuiciarlas.	Crear un ambiente de empatía: momento en el que se pone en manifiesto la cultura respetuosa y justa de la organización y la compasión de compañeros de trabajo ante momentos difíciles de sus pares.
Debe prevalecer la confidencialidad	Evitar los comentarios de pasillo, que producen desinformación y mal interpretaciones de los sucesos.

<p>Dar aviso a los integrantes de la primera línea de apoyo</p>	<p>Comunicar a los integrantes del equipo de primera línea de apoyo el reporte del evento adverso para que se hagan presentes en el sitio y tomen dominio de la situación.</p>
<p>Desplazar a la segunda víctima a un lugar tranquilo y realizar el primer contacto.</p>	<p>Destinar un lugar calmado dentro de la institución donde se les permita hablar de lo sucedido y analizarlo, idealmente en un principio con alguien de perfil profesional similar.</p>
<p>Dar indicaciones sobre cómo actuar en relación a sus pacientes y familiares.</p>	<p>En caso de que el profesional directamente implicado no se sienta apto para comunicar lo sucedido, designar una persona capacitada para tal fin. Cabe acá recordar la importancia de la prudencia y la manera adecuada de compartir información acerca de la primera víctima, ya que se convierte en su principal arma para tomar medidas de actuación contra el profesional o la institución, dañando el nombre de ambos y desprestigiándolos.</p>
<p>Los líderes deberán reafirmar su confianza en el personal.</p>	<p>Hacer sentir al talento humano que se les apoya tanto personal como profesionalmente. Estar en todo momento al tanto de la situación.</p>
<p>No hacer preguntas inapropiadas ni juicios de valor.</p>	<p>En ningún momento realizar preguntas inquisitivas con la intención de encontrar culpables ni aconsejar como sentirse, decirle lo que debe hacer o subestimar sus sentimientos.</p>



<p>Orientación sobre los pasos a dar para paliar las consecuencias profesionales y legales.</p>	<p>Valorar las consecuencias jurídicas y en caso de ser necesaria hacer el contacto correspondiente dentro del grupo de trabajo.</p>
<p>Mantener informado al profesional sobre el proceso de información al paciente y las acciones que éste haya iniciado</p>	<p>Notificar al profesional de manera oportuna y prudente las acciones que los familiares o la primera víctima inicien. Debe hacerse sentir al profesional que no se encuentra solo y que desde la institución se le brindara el apoyo y asesoramiento necesario; fortalecerle la confianza en la institución y en su equipo de trabajo.</p>
<p>Remitir a atención con profesionales de otras disciplinas</p>	<p>Durante todo este proceso el personal entrenado debe estar en condiciones de identificar síntomas en los profesionales que vislumbren la necesidad de un apoyo más intenso y se contactará con la persona indicada del grupo de apoyo, quien realizará el seguimiento pertinente, de manera personalizada según las necesidades del implicado, que como ya se mostro es propio de la personalidad de cada uno y no debe tenerse una medida sobre la cual compararle. Es por esta misma razón que el periodo de seguimiento o intervención será establecido según el caso por el profesional competente.</p>

En caso de consecuencias muy graves, evaluar su ámbito social y familiar.	Con el fin de identificar otras víctimas emocionales de dicho suceso y en caso de ser necesario, incorporarlos al proceso y proporcionarles el apoyo pertinente.
Al momento de reincorporarlo a la actividad clínica no disminuir sus responsabilidades.	Evitar que el profesional perciba desconfianza en sus capacidades y se vea afectada su estabilidad emocional.
Animar al profesional a desarrollar actividades de ocio y/o incrementarlas en compañía de su familia o amigos.	Flexibilidad y turnos laborales adecuados, sin sobrecarga de trabajo, que permitan disponer de tiempo para espacios de recreación y disciplinas deportivas.
Su jefe inmediato deberá realizar un seguimiento periódico, al menos por 3 meses.	Evaluar la manera de afrontar su profesión después del incidente, dudas sobre actuaciones clínicas, cambio de humor, relegaciones en sitio de trabajo, entre otras. En caso de presentarse se debe contactar nuevamente al equipo de apoyo.

#### 10.2.1 Seguimiento a consecuencias

Para realizar el adecuado seguimiento a las segundas víctimas sobre las consecuencias que dejó el incidente, se elaboró la lista de chequeo presentada en el Anexo 2 (página 84), la cual orientará sobre la evolución y/o superación del evento adverso por parte de la segunda víctima.

La "Lista de chequeo para seguimiento a la segunda víctima en salud" es la recopilación de múltiples acciones o condiciones que pueden hacerse presentes en el talento humano afectado, se propone sea realizada por parte de los líderes con una periodicidad mensual por los 3 primeros meses posteriores al evento, periodo prudente para lograr la aceptación

de lo ocurrido y lograr una estabilidad emocional, y serán remitidas al grupo de seguridad del paciente mes a mes para el correspondiente registro. Si después de 3 meses de seguimiento se observa una actitud positiva y favorable en el profesional se podrá dar de alta para su seguimiento, pero, si por el contrario, todavía son evidentes y marcadas las afectaciones, requerirá un nuevo estudio por parte del comité de seguridad y realizar las remisiones correspondientes.

A continuación, se explica la finalidad de cada uno de los ítems a evaluar, con la intención de identificar claramente el aspecto a reforzar, ya sea emocional, social, laboral o familiar.

1. ¿Suele tener recuerdos recurrentes, involuntarios y angustiantes de lo sucedido?
2. ¿Duerme plácidamente más de 6 horas seguidas?
3. ¿Qué perspectivas tiene acerca de su futuro?
4. ¿Practica actualmente algún deporte o actividad en sus tiempos libres?

Los ítems 1, 2, 3 y 4 están orientados a la evaluación del ámbito emocional, por lo que la alteración de éstos da indicios de la presencia de estrés postraumático, así las cosas, se deberán diligenciar en las observaciones la frecuencia e intensidad de los recuerdos y las irregularidades en el sueño. Por otro lado, la pérdida de esperanza en el futuro, el temor, la incertidumbre y el desánimo a vivir o realizar actividades diferentes también deberá ser registrado, dando claras señales de la manera de aceptación de lo sucedido.

Si son estas las condiciones que más se evidencian se hace necesario remitir o reforzar el manejo con los psicólogos, sicorientadores o siquiatras con el objeto de manejar el estrés consecuencia de lo ocurrido.

5. ¿Tiene buenas relaciones con sus familiares y amigos?
6. ¿Se siente parte de un equipo de trabajo?
7. ¿Conoce sus funciones a desempeñar en el proceso al que pertenece?
8. ¿Se siente capaz físicamente de desarrollar tales funciones?
9. ¿Se siente capaz emocionalmente de desarrollar tales funciones?

Los ítems del 5 al 9, evalúan la condición del empleado en el ámbito familiar y laboral, para lo que se deben registrar los hallazgos en las observaciones. Si son estos los ítems más predominantes es necesario estudiar la posibilidad de incluir su grupo familiar en los procesos de acompañamiento y a su vez, evaluar el desempeño del grupo de trabajo, con la respectiva sensibilización de lo ocurrido.

10.¿Tiene actualmente algún proceso legal como consecuencia de lo ocurrido?
11.¿Usted requirió manejo interdisciplinario en la institución?
12.En caso de ser afirmativa la pregunta 11, ¿Tiene actualmente algún proceso activo?
13.¿Le pareció apropiado el acompañamiento dado por parte de la institución?

Por su lado, la finalidad de estos 4 últimos ítems es informar a los líderes sobre las posibles necesidades de tiempo o flexibilidad en los horarios laborales para con el empleado en caso de presentar procesos activos de apoyo o acompañamiento; y en especial, el ítem 13, brinda herramientas útiles en la evaluación del programa de apoyo a las segundas víctimas, lo que sirve para retroalimentar y hacer modificaciones de actuación en caso de ser requeridas.

Se encuentra también, en la "Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas", un algoritmo de ayuda ante la ocurrencia de un evento adverso, el cual se muestra en el Anexo 3(página 85) y se trae a colación como propuesta de manejo coherente para adoptar e implementar en las instituciones de salud.

### 10.3 Aprendizaje organizacional

Sin analizar y aprender de los eventos adversos ocurridos, todos los esfuerzos por brindar atenciones seguras y de calidad serian en vano, ya que resolver las consecuencias evidentes de éstos se puede considerar que solo aliviaría un pequeño porcentaje de la situación, pero el mayor compromiso restante son la causas encubiertas en la dinámica de la prestación, por lo que es necesario reconocerlo e intervenirlo en aras de

lograr el ideal del mejoramiento continuo en los procesos y de lograr el bienestar colectivo, no solo de los pacientes, razón de ser de las instituciones, sino también del talento humano vinculado a estas.

Para este aprendizaje de la propia experiencia y retroalimentación es conveniente pedir la participación a las segundas víctimas como fuente inmediata de lo vivido, solo si se encuentra en condiciones adecuadas para ello.

Es preciso el papel del auditor en salud en este momento, con la función de verificar el proceso de la notificación, que se haya realizado en el soporte y por los medios adecuados, además de que la información consignada hubiese sido lo más clara, certera y honesta posible.

Convocar al comité de seguridad de la institución para que en honor a sus funciones elabore el estudio detallado, neutral y adecuado del evento adverso; para este ejercicio se recomienda el método expuesto en el Protocolo de Londres, como herramienta integral en el estudio de la multicausalidad de los sucesos, teniendo en cuenta que contempla factores desde el nivel clínico hasta el nivel organizacional.

Como resultado de este ejercicio se espera se originen las barreras pertinentes para incrementar la seguridad de los pacientes y las segundas víctimas, que a su vez permitan evaluar su efectividad con la reducción de eventos adversos con origen en las mismas causas o relacionados.

Revisar el procedimiento identificado como cuna del error y realizar los ajustes que garanticen el cambio justo que conducirá al éxito de todo el proceso desarrollado y a su fortalecimiento. Es indispensable posteriormente retroalimentar a todo el personal, involucrado o no en el suceso, con un enfoque orientado a dejar de lado el miedo y la resistencia al cambio; e inculcando los beneficios y situaciones positivas a las que dará lugar dicha modificación. La efectividad de dichos cambios será favorable en la medida que se logre comprometer a todo el personal en salud con la seguridad del paciente y de su labor, y sea posible persuadirlos de los posibles riesgos a los que se ven expuestos desde la experiencia, pero conservando la confidencialidad de lo ocurrido.

#### 10.4 Cuidar la reputación

Como estrategia para mantener la reputación de los centros de salud y sus profesionales, la "Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas", propone llevar a cabo los siguientes pasos en caso de la ocurrencia de un evento adverso con consecuencias graves o muy graves, a saber:

1. Revisar a la vista de la experiencia vivida el plan de comunicación para, en los meses siguientes al incidente, ofrecer una información positiva de la labor asistencial que contribuya a generar confianza en el centro y sus profesionales entre los pacientes.
  2. Actualizar periódicamente la información sobre nuevas actuaciones en materia de seguridad clínica que se están llevando a cabo en el centro.
  3. Difundir noticias sobre éxitos terapéuticos y actividades de formación realizadas para contribuir a afianzar la confianza en los profesionales y en la institución de los ciudadanos y de los pacientes
- (33)

Ayudará a que la comunidad recupere la confianza en dicha institución y entregue a ésta el cuidado de su salud, con la esperanza de conservarla o recuperarla según sea el caso; y al interior de las mismas podrá vivirse un clima laboral más seguro que brinde a los profesionales la confianza de poder ejercer adecuadamente y con las mejores garantías su labor, entregando su conocimiento y sus fuerzas en servicio de la comunidad.

## 11. CONCLUSIONES

La calidad en la atención en salud, incluye atributos como la seguridad en la atención, la cual se puede ver afectada por la gran cantidad de eventos adversos que ocurren en el día a día en la atención. Los eventos adversos, involucran inevitablemente al talento humano en salud o a los profesionales de la salud, lo cual se evidenció en esta pesquisa, dejando en ocasiones graves consecuencias físicas y emocionales, que afectan su desempeño profesional.

La presente investigación académica hizo patente el poco contenido a nivel nacional acerca de programas institucionales dirigidos a la atención de las consecuencias y cicatrices, tanto físicas como psicológicas, que dejan los eventos adversos en los profesionales en salud, pues los estudios encontrados han estado mayormente encaminados a la prevención de tales eventos y a la mejor manera de asumir sus consecuencias en los pacientes; pero, en cuanto al manejo de la situación en el talento humano involucrado, no se encuentra documentada ninguna estrategia para actuar.

Se concluye entonces que son las instituciones, las entidades responsables y encargadas de establecer procedimientos o programas orientados a la atención de las segundas víctimas, en cabeza del auditor en salud, quien hace parte transversal de todo el proceso, desde su elaboración y adaptación en la política de Seguridad del paciente, hasta el momento del aprendizaje organizacional, como garante de la transparencia, neutralidad y efectividad de la estrategia; como profesional dotado de capacidades y obligaciones especializadas que lo hacen sensible a la materialización del goce efectivo de una cultura segura para todos los actores en el ejercicio del derecho fundamental a la salud.

Es la auditoría la profesión especializada para ejecutar el ciclo PHVA, planear, hacer, verificar y actuar, que se encuentra implícito en todo el proceso sistemático necesario para el mejoramiento progresivo de la calidad de la atención en salud y la incorporación de la atención a las segundas víctimas en los intereses institucionales. Es quien posee las destrezas para evaluar modelos de prestación de servicios de salud, es idónea para diseñar, dirigir y ejecutar programas con enfoque en el talento humano; además que es de su competencia, asesorar a la alta

gerencia en toma de decisiones para obtener el más óptimo funcionamiento del sistema y, sin lugar a duda, propender por el bienestar, la calidad de vida y el mejor clima organizacional para sus empleados.

La reflexión integral y basada en la evidencia, se verá traducida en el carácter humano de la institución, de esta manera, la humanización del sistema de salud no puede ser entendida sólo hacia la atención del paciente, sino que también es la que se preocupa por el bienestar de sus profesionales, por ofrecerles un ambiente laboral apto y un reconocimiento a su humanidad, obrando en todo caso con sujeción de la verdad, la imparcialidad y objetividad.

Se debe incluir la atención a las segundas víctimas en las directrices institucionales y nacionales en salud, así como hacen parte ya de éstas en múltiples países a nivel mundial, siendo Estados Unidos y España los más representativos en dicho tema, y que sirvieron de ejemplo para las propuestas de manejo a incorporar en el territorio nacional.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
2. <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-09-2019-who-calls-for-urgent-action-to-reduce-patient-harm-in-healthcare>.
3. Mena N P. Error médico y eventos adversos. Rev Chil Pediatría [Internet]. junio de 2008 [citado 12 de mayo de 2020];79(3). Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062008000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
4. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA.pdf.
5. pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud-2.pdf.
6. Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J, Rodríguez-Malagon N, Forero-Supelano V, Santofimio-Sierra D, Altahona H. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, 2006. Rev Salud Pública [Internet]. mayo de 2008 [citado 29 de marzo de 2020];10(2). Disponible en:  
[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642008000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
7. informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf.
8. Ferreira Umpiérrez AH, Chiminelli Tomás V. Aspectos significativos surgidos de la experiencia de haber sido responsable de un evento adverso en salud. Aquichan. 1 de septiembre de 2014;14(3):294-302.
9. Camargo-García SC, Cortés-Bermeo AM, Abreu-Flechas AK, Suárez-Rativa ME, Jiménez-Barbosa WG. Los incentivos y actores de los Sistemas de Salud de Costa Rica, Estados Unidos, Canadá, Chile y Ecuador - 2015. Univ Salud. 31 de agosto de 2016;18(2):385.
10. Recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros sanitarios. :98.
11. Rocco C, Garrido A. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. Rev Médica Clínica Las Condes. septiembre de 2017;28(5):785-95.
12. Agra Y, Terol E. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. An Sist Sanit Navar [Internet]. diciembre de 2006 [citado 29 de marzo de 2020];29(3). Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000500001&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000500001&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
13. RM\_145\_2007.pdf.
14. Tobias GC, Bezerra ALQ, Branquinho NCS, De Camargo Silva AEB.

- Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enferm Glob.* 1 de enero de 2014;13(1):336-61.
15. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>.
  16. [articles-8928\\_recurso\\_1.pdf](#).
  17. Osorio y Hernández - UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA SECCIONAL CÚCUTA BIB.pdf.
  18. Colombia.Ministerio de la Protección Social, Palacio Betancourt D. Política nacional de prestación de servicios de Salud. Bogota: Arte Laser Publicidad; 2005.
  19. [eventos\\_adversos.pdf](#).
  20. Jm A, Jj M. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. 2013;24:7.
  21. TD Herrero Cuenca, Juan Francisco.pdf.
  22. Ruz MC, Rodríguez MEE. IMPACTO DE EVENTOS ADVERSOS EN EL PROFESIONAL SANITARIO «SEGUNDAS VÍCTIMAS». :50.
  23. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider «second victim» after adverse patient events. *Qual Saf Health Care.* 1 de octubre de 2009;18(5):325-30.
  24. Flores EYJ, Sansores AA, Hernández AM, Castolo MC. Eventos adversos y burnout en profesionales de una clínica de atención primaria. :7.
  25. Morales LS, Murillo LFH. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. . ISSN. 32:6.
  26. Guevara Á, Marcela J. Impacto y costos generados por las principales demandas a profesionales de la salud. :76.
  27. García-Solís E. Error en medicina, una reflexión bioética. :6.
  28. [valor\\_de\\_una\\_demanda\\_por\\_dano\\_a\\_la\\_salud\\_-\\_consejo\\_de\\_estado.pdf](#).
  29. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO. :99.
  30. [PROTOCOLO\\_DE\\_LONDRES\\_INCIDENTES\\_CLINICOS.pdf](#).
  31. [Herramientas para la Seguridad del Paciente.pdf](#).
  32. [Error - hacia una cultura del cambio.pdf](#).
  33. [Guia-de-recomendaciones\\_sv-pdf.pdf](#).
  34. Gonzalez ADM. ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL TALENTO HUMANO EN SALUD Y LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES. :24.
  35. Torijano-Casalengua ML, Astier-Peña P, Mira-Solves JJ. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. *Aten Primaria.* marzo de 2016;48(3):143-6.

36. <http://www.segundasvictimas.es/usuario.php?id=21>.
37. Denham CR. TRUST: The 5 Rights of the Second Victim. 2007;3(2):14.

## LISTA DE CHEQUEO PARA INTEGRANTES DE GRUPO APOYO A SEGUNDAS VÍCTIMAS

FECHA: \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_

CUALIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Capacidad para escuchar de forma activa.			
Empatía.			
Actitud reflexiva, no impulsiva.			
Capacidad de comunicación verbal y no verbal.			
Manejo adecuado del contacto físico en respuesta a las necesidades emocionales del profesional afectado.			
Manejo adecuado de silencios de modo que resulten reconfortantes para la persona afectada.			
Experiencia en la institución.			
Capacidad para discriminar síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés postraumático.			
Conocimiento del circuito de derivación para aquellos casos en los que se identifica la necesidad de un tipo de ayuda más especializada.			
Conocimientos básicos sobre la experiencia como segunda víctima (etapas de recuperación, necesidades, etc.).			
Conocimiento del plan y actuaciones en seguridad del paciente.			

Capacidad para identificar necesidades específicas a nivel personal, familiar o laboral.			
Actitud respetuosa, evitando en todo momento la elaboración y expresión de juicios de valor.			
Habilidad para compartir de forma respetuosa experiencias propias similares en caso de que puedan resultar reconfortantes para la segunda víctima.			
Capacidad para adoptar una actitud de apoyo fundamentada en la escucha y evitar en todo momento una actitud resolutiva.			
TOTAL			
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			

## LISTA DE CHEQUEO PARA SEGUIMIENTO A LA SEGUNDA VÍCTIMA EN SALUD

FECHA: \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_

ITEM	SI	NO	OBSERVACIONES
1. ¿Suele tener recuerdos recurrentes, involuntarios y angustiantes de lo sucedido?			
2. ¿Duerme plácidamente más de 6 horas seguidas?			
3. ¿Que perspectivas tiene acerca de su futuro?			
4. ¿Practica actualmente algún deporte o actividad en sus tiempos libres?			
5. ¿Tiene buenas relaciones con sus familiares y amigos?			
6. ¿Se siente parte de un equipo de trabajo?			
7. ¿Conoce sus funciones a desempeñar en el proceso al que pertenece?			
8. ¿Se siente capaz físicamente de desarrollar tales funciones?			
9. ¿Se siente capaz emocionalmente de desarrollar tales funciones?			
10. ¿Tiene actualmente algún proceso legal como consecuencia de lo ocurrido?			
11. ¿Usted requirió manejo interdisciplinario en la institución?			
12. En caso de ser afirmativa la pregunta 11, ¿Tiene actualmente algún proceso activo?			
13. ¿Le pareció apropiado el acompañamiento dado por parte de la institución?			

## ALGORITMO DE APOYO A LA SEGUNDA VÍCTIMA

