

## Doctrina / Articles

# Segundas víctimas: ¿asunto individual o problema del sistema?

## Secondary victims: An individual issue or a systemic problem?

Carlos Aibar Remón\*

Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública  
Departamento de Microbiología, Pediatría, Radiología y Salud Pública  
Grupo de investigación en servicios sanitarios de Aragón <https://grissa.org/>  
Universidad de Zaragoza

### Palabras clave

Segundas víctimas  
Seguridad del paciente  
Error  
Incidentes relacionados con la  
seguridad del paciente  
Cultura justa

**Resumen:** Los incidentes relacionados con la seguridad del paciente incluyen cualquier error, fallo o circunstancia que podría ocasionar o ha causado un daño innecesario a un paciente debido a la atención recibida. Por su frecuencia, trascendencia y probabilidad de evitar muchos de ellos, los daños relacionados con la atención sanitaria son considerados como un problema de salud pública. El fin de las iniciativas de seguridad del paciente es reducir dichos daños a un mínimo aceptable en función del conocimiento científico y los recursos disponibles. Fallos del sistema referidos a cultura de la seguridad, organización del trabajo, equipamiento y distintos factores personales y ambientales facilitan la aparición de errores e incidentes relacionados con la seguridad. Evitarlos requiere aplicar barreras orientadas a un triple objetivo: disminuir el riesgo de que aparezcan incidentes (prevención primaria); abordarlos precozmente para mitigar las consecuencias para el paciente y el sistema (prevención secundaria) y finalmente, evitar su reaparición y reducir su impacto a largo plazo. La existencia de sistemas de notificación de incidentes que permitan analizar retrospectivamente los factores que contribuyen a los mismos y el aprendizaje es esencial para evitar su recurrencia. Aunque considerados legalmente desde hace más de 20 años como una infraestructura básica de la seguridad, la falta de un marco normativo claro que garantice la protección legal para quienes reportan incidentes y los analizan en profundidad o quienes expresan inquietudes sobre la seguridad de los servicios, así como la desconfianza de los profesionales al respecto, hace que su utilización esté lejos de ser la deseable. El término «segunda víctima» describe el impacto emocional, físico y profesional que pueden experimentar los profesionales sanitarios involucrados en incidentes de seguridad del paciente o por los resultados deficientes inesperados de la atención proporcionada. Aunque controvertido, el fenómeno de las segundas víctimas es frecuente y de intensidad variable en función de distintos factores, que requiere medidas de prevención, atención precoz y seguimiento, destacándose la formación y la existencia de una cultura justa y proactiva como acciones prioritarias. El apoyo entre pares y especializado permite mejorar el curso evolutivo y favorecer su recuperación. La información y relación con los pacientes y sus familiares tras el incidente y el seguimiento clínico, organizativo y, si es necesario, de la problemática legal es una cuestión crucial.

\* **Correspondencia a / Corresponding author:** Carlos Aibar Remón. Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Microbiología, Pediatría, Radiología y Salud Pública. Grupo de investigación en servicios sanitarios de Aragón <https://grissa.org/>. Universidad de Zaragoza – [caibar@unizar.es](mailto:caibar@unizar.es) – <https://orcid.org/0000-0001-9714-8105>

**Cómo citar / How to cite:** Aibar Remón, Carlos (2024). «Segundas víctimas: ¿asunto individual o problema del sistema?», *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 60, 55-71. (<https://doi.org/10.1387/rdgh.27360>).



**Keywords**

Second victims  
Patient safety  
Error  
Patient safety incidents  
Just culture

**Abstract:** Patient safety incidents include any error, failure, or circumstance that could cause or has caused unnecessary harm to a patient due to the care received. Due to their frequency, significance, and the potential to prevent many of them, healthcare-associated injuries are a public health issue. The goal of patient safety initiatives is to reduce these harms to an acceptable minimum based on scientific knowledge and available resources. Patient safety initiatives aim to reduce these harms to an acceptable minimum based on scientific evidence and available resources. System failures related to safety culture, work organization, equipment, and various personal and environmental factors facilitate the occurrence of errors and safety-related incidents. Avoiding them requires implementing barriers with a triple aim: reducing the risk of incidents occurring (primary prevention); addressing them early to mitigate consequences for the patient and the system (secondary prevention); and preventing their recurrence and minimizing long-term impact (tertiary prevention). Incident reporting systems that allow for retrospective analysis of contributing factors and learning from them is essential to prevent recurrence. Despite being legally recognized for over 20 years as a basic safety infrastructure, their effective use is hindered by the lack of a clear regulatory framework. This framework should guarantee legal protection for those reporting incidents, conducting in-depth analyses, or raising concerns about service safety. The current lack of protection, coupled with professional distrust, further impedes their utilization. The term "second victim" describes the emotional, physical, and professional impact experienced by healthcare professionals involved in patient safety incidents and unexpected poor outcomes in care provided. Although controversial, it is a frequent problem of varying intensity depending on different factors, requiring preventive measures, early intervention, and follow-up, with training and the existence of a fair and proactive culture being prioritized actions. Peer and specialized support can improve the recovery process. Information and communication with patients and their families following an incident, as well as clinical, organizational, and, if necessary, legal follow-up, are crucial matters. Although controversial, it is a frequent problem of varying intensity depending on different factors, requiring preventive measures, early intervention, and follow-up, with training and the existence of a just and proactive culture being prioritized actions. Peer and specialized support can improve the recovery process. Information and communication with patients and their families following an incident, as well as clinical, organizational, and, if necessary, legal follow-up, are crucial matters.

---

**Sumario / Summary:** 1. La historia natural y el curso clínico de la enfermedad. —2. Seguridad del paciente y riesgo clínico. El yin y el yang de la atención sanitaria. —3. Historia natural de los incidentes y los eventos adversos: causas y consecuencias. —4. Segundas víctimas: un concepto controvertido para expresar una realidad compleja. —5. Consideraciones finales.

## 1. La historia natural y el curso clínico de la enfermedad

El Centro Hastings, institución creada en 1969 con el fin de explorar y analizar cuestiones sociales y éticas en atención médica, salud pública, ciencia y tecnología, señalaba como razón de ser de la medicina, el afrontamiento de la enfermedad mediante actividades dirigidas a: a) la promoción de la salud —favoreciendo unas condiciones educativas, sociales y económicas que reduzcan los riesgos para la salud; b) la prevención en sus distintos niveles: primaria: —antes de la aparición de síntomas; secundaria —por medio del diagnóstico y tratamiento precoz; y terciaria —tratando de reducir y mitigar las consecuencias de la enfermedad como incapacidades y complicaciones; c) el alivio del dolor y del sufrimiento, los cuidados y el tratamiento y d) la evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila<sup>1</sup>.

En este contexto, el término de historia natural de la enfermedad se utiliza para referirse al proceso evolutivo de cualquiera de ellas cuando no se realizan intervenciones dirigidas a su prevención, tratamiento, cuidado o alivio. Dicha evolución puede finalizar de tres formas: curación, discapacidad o fallecimiento, en tanto que en su evolución y desenlace pueden contribuir, además de la gravedad intrínseca de la enfermedad, la atención recibida y múltiples factores sociales, económicos.

Cuando se desarrollan intervenciones orientadas a modificar dicha evolución «natural» por medio del diagnóstico, el tratamiento, la prevención o el cuidado, hablamos de curso clínico de la enfermedad. Habitualmente, este está documentado, con mayor o menor precisión, en la historia clínica del paciente.

## 2. Seguridad del paciente y riesgo clínico. El yin y el yang de la atención sanitaria

La seguridad del paciente, elemento clave de la calidad asistencial, se define como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, en función del conocimiento científico existente, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro<sup>2</sup>.

Para el análisis de los peligros y daños que se asocian en la atención sanitaria, incluyendo tanto si esta se refiere a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento o los cuidados, el término recomendado es el de incidente relacionado con la seguridad del paciente. Este se utiliza para referirse a un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente. Estos se clasifican a su vez en tres categorías: a) cuasi incidente, si no ha alcanzado al paciente; b) incidente sin daño, si este alcanza al

---

<sup>1</sup> HASTINGS CENTER. *Los fines de la medicina*, Barcelona: Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas N.º 11 2004, pp. 24-47.

<sup>2</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Más que palabras Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe técnico final enero de 2009*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/70882> (Última consulta 12 de mayo de 2024).

paciente, pero no ha causado ningún daño apreciable y c) evento adverso, si el incidente ha producido algún daño de cualquier gravedad a un paciente.

Es necesario destacar que se considera daño asociado a la atención sanitaria a aquel que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, pero en ningún caso, el debido a las complicaciones esperables de una enfermedad o lesión subyacente. El riesgo de que acontezcan es, desde que existe la medicina, una realidad incómoda que ha sido analizada desde diversas perspectivas y en particular, a través de la epidemiología que lo define como el riesgo o la probabilidad de que acontezca un evento adverso en una población definida durante un intervalo de tiempo determinado. La incidencia es la medida de frecuencia más utilizada<sup>3</sup>.

Existen múltiples estudios epidemiológicos dirigidos a estimar la frecuencia de eventos adversos en distintos países y en diferentes ámbitos asistenciales, especialidades y niveles de atención.

A nivel internacional deben destacarse las estimaciones de Jha et al que cifran a nivel mundial en 42,7 millones de eventos adversos y una pérdida de 23 millones de años de vida ajustados por calidad cada año<sup>4</sup>; el criticado estudio de Makary que llega a situar como tercera causa de muerte en los Estados Unidos de Norteamérica, aquellas relacionadas con la atención sanitaria<sup>5</sup> y la más reciente revisión sistemática centrada en los daños evitables de Panagliotti *et al.*, que estiman que al menos uno de cada 20 pacientes se ve afectado por daños evitables en entornos de atención médica y que aproximadamente, el 12% del daño prevenible al paciente causa una incapacidad permanente o la muerte del paciente y se relaciona principalmente con incidentes con medicamentos, manejo terapéutico y procedimientos clínicos invasivos<sup>6</sup>.

La situación en España ha sido explorada en varios estudios entre los que podemos destacar los siguientes:

- El Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización (Estudio ENEAS), realizado sobre una cohorte de 5.624 pacientes ingresados en 24 hospitales públicos españoles con un total de 42.714 días de estancia hospitalaria controladas, en el que se encontró una incidencia de pacientes con eventos adversos relacionados con la asistencia de 9,3% (IC 95%: 8,6%-10,1%), de los que se valoraron como evitables el 42,8% de los eventos adversos de los mismos.<sup>7,8</sup>
- El estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria (Estudio APEAS), realizado sobre una muestra de oportunidad de 48 centros de atención primaria de 16 Comunidades Autónomas en el que

<sup>3</sup> PORTA Miquel (ed). *A Dictionary of Epidemiology* 6<sup>th</sup> ed., New York: Oxford University Press, 2016, p. 250.

<sup>4</sup> JHA Ashish, LARIZGOITIA Itziar, AUDERA-LOPEZ Carmen, PRASOPA-PLAIZIER Nitita, WATERS Hugh, BATES David W. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *British Medical Journal Quality and Safety*, N.º 22, 2013, pp. 809-15. DOI: 10.1136/bmjqs-2012-001748.

<sup>5</sup> MAKARY Martin A, DANIEL Michael. Medical error-the third leading cause of death in the US. *British Medical Journal*, Vol. 353, 2013, pp. i2139 y ss. DOI: 10.1136/bmj.i2139.

<sup>6</sup> PANAGIOTI Maria KHAN Kanza, KEERS Richard N, ABUZOUR Aseel, PHIPPS Denham, KONTOPANTELOS Evangelos, BOWER Peter, CAMPBELL Stephen, HANEEF Razaan, AVERY Anthony J, ASHCROFT Darren M. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, Vol. 366: l4185, 2019, pp. 1-11. DOI: 10.1136/bmj.l4185.

<sup>7</sup> ARANAZ-ANDRÉS Jesús M, AIBAR-REMÓN Carlos, VITALLER-MURILLO Julián, RUIZ-LÓPEZ Pedro, LIMÓN-RAMÍREZ Ramón, TEROL-GARCÍA Enrique; ENEAS WORK GROUP. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 62(12), 2008, pp. 1022-29. DOI: 10.1136/jech.2007.065227.

<sup>8</sup> MINISTERIO DE SANIDAD. *Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS)*. Madrid. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosEpidemiologicos/eneas.htm>. (Última consulta 12 de mayo de 2024).

participaron 452 profesionales, incluyéndose a 96.047 consultas, en el que se encontró una prevalencia de pacientes con algún evento de 10,11‰ (IC95%: 9,48‰-10,74‰)<sup>9,10</sup>.

- El estudio de Eventos Adversos en Residencias y Centros Sociosanitarios (Estudio EARCAS): estudio cualitativo de varias fases dirigido a disponer de una primera aproximación sobre la seguridad del paciente en los hospitales de media y larga estancia y residencias sociosanitarias de España, en el que participaron más de 950 expertos de casi 100 centros e instituciones de todas las Comunidades españolas<sup>11</sup>.
- El estudio de incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. (Estudio SYREC), estudio realizado en 79 unidades de cuidados intensivos españolas basado en la notificación de incidentes por los propios profesionales, en el que se estimó el riesgo de sufrir un incidente sin daño por el hecho de ingresar en la unidad de cuidados intensivos, en una mediana del del 73% y de sufrir un evento adverso del 40%<sup>12,13</sup>.
- El estudio de eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles (Estudio EVADUR), estudio realizado en 21 servicios de urgencias sobre una muestra de 3.854 pacientes, en el que se estimó que al menos un 12% de los pacientes que fueron atendidos en un servicio de urgencias se vieron afectados por un incidente y el 7,2% presentaron un incidente con daño<sup>14</sup>.

Aunque algún resultado de los estudios citados pueda ser discutible en función de la metodología utilizada, los datos que proporcionan, permiten considerar a los daños relacionados con la atención sanitaria como un problema prioritario de salud pública, dadas su frecuencia, trascendencia clínica individual, repercusión sobre el sistema sanitario y sus profesionales y, particularmente, por la factibilidad y las posibilidades de prevención de muchos de ellos.

Además de cuantificar los daños, al estudiar la seguridad del paciente debemos analizar sus causas, consecuencias y proponer acciones correctivas para la gestión futura de riesgos y peligros.

El yin y yang es un concepto taoísta fundamentado en la dualidad de todo lo existente en la vida real. que se utiliza para describir las dos fuerzas fundamentales, opuestas pero complementarias, y en equilibrio dinámico que se encuentran en todas las cosas. Aplicado al contexto de la seguridad del paciente, el yin corresponde al riesgo y el yang a la seguridad. Riesgo y seguridad están interrelacionados y en constante equilibrio dinámico. Cuando uno aumenta, la otra disminuye.

Es un hecho que ninguna práctica asistencial es totalmente segura y que ante cualquier situación de aparente seguridad siempre existe un punto de riesgo. Por otra parte, cuando ha ocurrido un daño, su análisis

---

<sup>9</sup> ARANAZ-ANDRÉS Jesús María, AIBAR REMON Carlos, LIMÓN Ramón, MIRA José Joaquín, VITALLER Julián, AGRA Yolanda, TEROL Enrique. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *European Journal of Public Health*, Vol. 22(6), 2012, pp. 921-5. DOI: 10.1093/eurpub/ckr168.

<sup>10</sup> MINISTERIO DE SANIDAD. *Estudio de efectos adversos en atención primaria (APEAS)*. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; Informes. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosEpidemiologicos/apeas.htm> (Última consulta 12 de mayo de 2024).

<sup>11</sup> MINISTERIO DE SANIDAD. *Eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios*. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; Informes. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosEpidemiologicos/earcas.htm> (Última consulta 12 de mayo de 2024).

<sup>12</sup> MINISTERIO DE SANIDAD. *Estudio de incidentes y eventos adversos en medicina intensiva*. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; Informes. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosEpidemiologicos/syrec.htm> (Última consulta 12 de mayo de 2024).

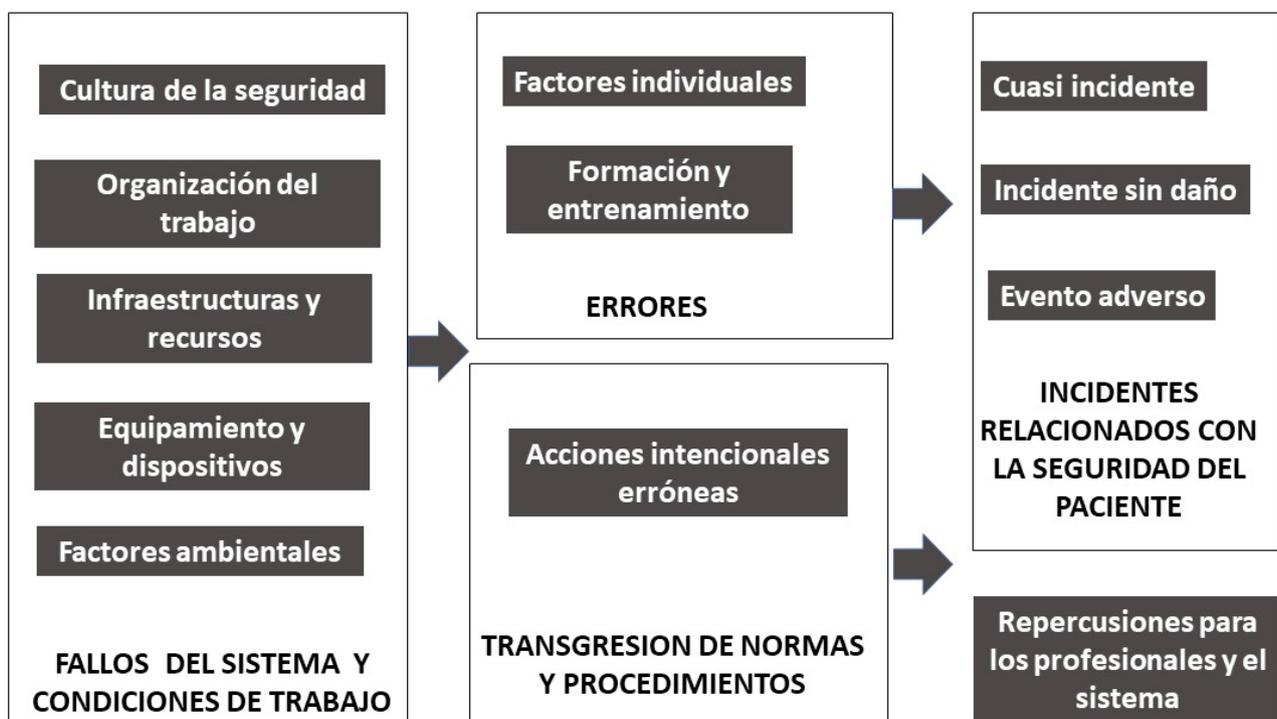
<sup>13</sup> MERINO Paz, ALVAREZ Joaquín, MARTIN Mari Cruz, ALONSO Angela, GUTIERREZ Isabel. SYREC Study Investigators. Adverse events in Spanish intensive care units: the SYREC Study. *International Journal of Quality and Health Care*, Vol. 24(2), 2012, pp.105-13. DOI:10.1093/intqhc/mzr083.

<sup>14</sup> TOMÁS Santiago, CHANOVAS Manel, ROQUETA Fermín, ALCARAZ Julián, TORANZO Tomás, GRUPO DE TRABAJO EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*, Vol. 22, 2010, pp. 415-428.

sosegado y en detalle, permite además de la mitigación de sus consecuencias, considerar la implementación de los cambios necesarios para evitar su repetición, convirtiéndose en una excelente oportunidad de mejora y aprendizaje en la gestión del riesgo<sup>15</sup>.

### 3. Historia natural de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente: causas y consecuencias

Del mismo modo que existe una historia natural de las enfermedades, cuando no hay actuaciones dirigidas a su prevención, tratamiento, cuidado o alivio, los incidentes de seguridad del paciente también siguen una evolución natural cuando no se implementan medidas de prevención y control. Esta evolución comienza con la interacción de una serie de factores contribuyentes relacionados con el entorno asistencial, los profesionales sanitarios y los pacientes y finaliza, en el mejor de los casos en un cuasi incidente, y, en el peor, con un evento adverso de distinta gravedad (FIGURA 1).



*Fuente:* elaboración propia.

**Figura 1.** Historia natural de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente

<sup>15</sup> ARANAZ Jesús María, AIBAR Carlos, AGRA Yolanda. Marco conceptual de la seguridad clínica del paciente. La seguridad clínica: una dimensión esencial de la calidad asistencial. En ARANAZ Jesús María, AIBAR Carlos, MIRA José Joaquín, VITALLER Julián. *La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes* 2.ª Edición, Madrid: MAPFRE, pp. 407-16. Disponible en: <https://www.fundacionmapfre.org/publicaciones/todas/gestion-sanitaria-hacia-la-calidad-y-seguridad-ii-edicion/>.

En primer lugar, deben considerarse los llamados fallos del sistema o condiciones latentes de trabajo tales como la cultura de la seguridad, que engloba los valores, actitudes y comportamientos predominantes que caracterizan el funcionamiento de una organización. o, dicho de otro modo, la forma en que se ve, se siente y se hacen «las cosas» en la misma<sup>16,17</sup>; los problemas organizativos con turnos de trabajo, asignación y distribución de tareas y actividades; las infraestructuras y recursos disponibles; las características de los múltiples equipamientos y dispositivos médicos y quirúrgicos y factores ambientales como ruido, temperatura, alarmas, interrupciones, .... Cualquiera de ellos, aisladamente o en interacción con otros, puede facilitar el comienzo de la secuencia de acontecimientos que determine que se incrementen las oportunidades de error entre los profesionales y que este, a su vez, sea determinante para la aparición de incidentes o eventos adversos.

Un error consiste en el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Entre sus posibles causas, además de las debidas a desconocimiento por ignorancia o falta de formación, supervisión y entrenamiento sobre cualquier actividad a desarrollar, deben destacarse otros factores individuales como fallos de memoria, estrés de origen laboral, personal o mixto, lapsus, despistes, y faltas de atención.<sup>18</sup> Los errores pueden manifestarse por: «hacer algo equivocado» (errores de comisión), o por «no hacer lo correcto», (errores de omisión), ya sea durante la fase de preparación o bien durante la ejecución de una acción<sup>19,20</sup>.

Son capítulo aparte, aunque importante tanto desde el punto vista asistencial como el legal, las acciones intencionales erróneas por incumplimiento y transgresión de normas y procedimientos, Estas pueden ser debidas, en el mejor de los casos, a circunstancias puntuales como urgencia o singularidad de situaciones clínicas, y en el peor, producidas como consecuencia de impericia, imprudencia, o negligencia<sup>21</sup>.

En cualquier caso, debe insistirse en los siguientes hechos:

- a) La naturaleza humana del error y su involuntariedad. Sin duda, las posibilidades de error son infinitas, pero hay algunos errores que son comunes, cotidianos y evitables. De ahí la popularidad del aforismo latino *errare humanum est, sed perseverare diabolicum*; que traducida literalmente significa: equivocarse es humano, pero perseverar en el error es diabólico.
- b) Los múltiples y crecientes riesgos de una atención médica cada vez más compleja, especializada y costosa, con mayores posibilidades de intervención preventiva, diagnóstica y terapéutica, que no siempre aportan valor o mejoras en la calidad de vida del paciente. Esta potencial capacidad, junto con expectativas desmedidas de pacientes y profesionales y presiones comerciales, favorecen el intervencionismo médico excesivo y los eventos adversos asociados al mismo.
- c) La existencia de una población con mayor esperanza de vida, mayor prevalencia de enfermedades crónicas y pacientes con múltiples patologías.

Romper la historia natural de posibles interacciones entre fallos del sistema y errores de los profesionales requiere desarrollar barreras con un triple objetivo: disminuir el riesgo de que aparezcan incidentes, lo que

---

<sup>16</sup> PRONOVOST Peter, SEXTON Brian. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Quality and Safety Health Care*, Vol. 14, 2015, pp. 231-33. DOI: 10.1136/qshc.2005.015180.

<sup>17</sup> FRANKEL Allan, HARADEN Carol, FEDERICO Frank, LENOCI-EDWARDS Jennifer. *A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care. White Paper*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare; 2017. Disponible en [www.ihc.org](http://www.ihc.org). (Última consulta 12 de mayo de 2024).

<sup>18</sup> RUNCIMAN William B, MERRY Allan F, TITO Fiona. Error, blame and the law in health care – an Antipodean perspective. *Annals of Internal Medicine*, Vol.138, 2013, pp.974-9. DOI:10.7326/0003-4819-138-12-200306170-00009.

<sup>19</sup> REASON James. *Human Error*, New York: Cambridge University Press, 1990, pp. 25-46.

<sup>20</sup> HOWARD Jonathan. *Cognitive Errors and Diagnostic Mistakes*, New York: Springer International Publishing, 2019, pp. 58-83.

<sup>21</sup> GAWANDE Atul. *El efecto checklist*, Barcelona: Bosh ed 2011, pp. 11-22.

constituye la prevención primaria de los mismos; abordarlos precozmente para disminuir su evolución y mitigar las consecuencias para el paciente y el sistema sanitario, lo que conforma la prevención secundaria y finalmente, evitar su reaparición y reducir su impacto a través de la prevención terciaria<sup>22</sup>.

La prevención primaria de los incidentes y eventos adversos precede a su aparición y tiene como finalidad reducir su incidencia, incrementando aquellos factores que mejoran la seguridad del paciente y reduciendo aquellos que contribuyen a la aparición de errores y fallos latentes del sistema. Son actividades destacadas al respecto, el fomento de una cultura de la seguridad en el sistema sanitario justa y proactiva ante los riesgos, la formación y entrenamiento de los profesionales en técnicas y procedimientos complejos, evitar procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios y sin evidencia de su valor para el paciente y la eliminación de procedimientos diagnósticos y tratamientos para los que existen alternativas más seguras o el diseño de procesos que eviten la aparición de previsibles fallos y errores en su desarrollo.

Hacer factible la detección y abordaje precoz de los eventos adversos para mitigar sus consecuencias para el paciente y los servicios sanitarios requiere el mantenimiento de sistemas de vigilancia y notificación de incidentes y de algunos eventos adversos tales como infecciones asociadas a la atención sanitaria, caídas de pacientes, úlceras por presión, reacciones adversas a medicamentos, errores, incidentes, ...

Así mismo, debe destacarse la importancia de la mejora de los sistemas de comunicación entre estamentos profesionales y servicios, a fin de detectar lo más precozmente posible situaciones de riesgo y eventos adversos y, sin duda, la actuación proactiva con el paciente y su familia.

Cuando la prevención primaria y secundaria han fracasado, el evento adverso ha ocurrido, y sus consecuencias para el paciente son patentes; el objetivo de las actuaciones de prevención terciaria es doble: reducir el impacto y las consecuencias derivadas del mismo: incapacidad, dolor, complicaciones clínicas (iatrogenésis en cascada), litigios, etc. y planificar e implementar barreras para evitar su repetición.

En este sentido debe destacarse la importancia, entre otras, de las siguientes actuaciones: a) realizar un análisis retrospectivo pormenorizado de las causas que han contribuido a la aparición del evento adverso, por medio de la técnica del análisis de causas raíz u otras similares; b) el dialogo —cuidadosamente planificado— con el paciente, comunicándole precozmente y de forma comprensible y transparente, la aparición del evento adverso; c) la atención clínica y personal esmerada al paciente que ha sufrido el evento adverso y finalmente, si fuera necesario, d) el trabajo de comités de conciliación y negociación de las indemnizaciones a que hubiera lugar.

Tanto en la prevención secundaria como en la terciaria es relevante atender a las «segundas víctimas» del incidente: los profesionales sanitarios afectados por el evento adverso.

#### **4. Segundas víctimas: un concepto controvertido para expresar una realidad compleja**

El término «segunda víctima» fue introducido por Albert Wu hace más de 20 años en un editorial del *British Medical Journal* para describir el sufrimiento y las consecuencias que enfrentan los profesionales de la salud tras un evento adverso<sup>23</sup>.

<sup>22</sup> REASON James. Human error: models and management. *British Medical Journal*, Vol.320, 2000, pp. 768-70. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.768.

<sup>23</sup> WU Albert W. Medical error: the second victim. *British Medical Journal*, Vol. 320, 2000, pp.726–7. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.726.

Aunque controvertido y criticado por provocador, impreciso y victimista<sup>24</sup>, lo cierto es que desde que se publicó dicho artículo, no ha surgido otro término más adecuado y de aceptación general para describir una realidad: la afectación negativa, el sufrimiento, los daños y las consecuencias que padecen aquellos profesionales sanitarios que se han visto involucrados en un incidente relacionado con la seguridad del paciente y también, con resultados deficientes inesperados de la atención prestada durante el curso clínico de una enfermedad u otro proceso que haya requerido atención por parte del sistema sanitario<sup>25,26</sup>.

#### 4.1. Frecuencia, gravedad y factores contribuyentes

La ambigüedad del significado de «afectación negativa», junto con el extenso abanico de síntomas, emociones y consecuencias profesionales y sociales y la diferente intensidad de los mismos, y la dificultad de diferenciar de otras situaciones como el estrés, el burnout o el desgaste profesional dificulta dar cifras precisas del alcance del fenómeno.<sup>27,28,29</sup> (TABLA I)

---

<sup>24</sup> CLARKSON Melissa D, HASKELL Helen, HEMMELGARN Carol, SKOLNIK PattyJ. Abandon the term «second victim» *British Medical Journal*, Vol. 364, 2019, pp. 1233-34. DOI: 10.1136/bmj.l1233.

<sup>25</sup> VANHAECHT Kris ET AL.EUROPEAN RESEARCHERS' NETWORK WORKING ON SECOND VICTIMS (ERNST). An Evidence and Consensus-Based Definition of Second Victim: A Strategic Topic in Healthcare Quality, Patient Safety, Person-Centeredness and Human Resource Management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. (24), 2022 Dec 15, pp. 1916869 y ss. DOI: 10.3390/ijerph192416869.

<sup>26</sup> SEYS Deborah, WU Albert W, VAN GERVEN Eve, VLEUGELS Arthur, EUWEMA Martin, PANELLA Massimiliano, SCOTT Susan D, CONWAY James, SERMEUS Walter, VANHAECHT Kris. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Evaluation & the Health Professions*, Vol. 36(2), 2013, pp. 135-62. DOI: 10.1177/0163278712458918.

<sup>27</sup> NEW Lucy, LAMBETH Tinisha. Second-Victim Phenomenon. *Nursing Clinics of North America*, Vol. 59, 2024, pp. 141-152. DOI: 10.1016/j.cnur.2023.11.011.

<sup>28</sup> HERRERO Juan Francisco, MIRA José Joaquín, ARANAZ Jesús María. Las segundas víctimas de los incidentes para la seguridad de los pacientes. En: ARANAZ Jesús María, AIBAR Carlos, MIRA José Joaquín, VITALLER Julián. *La gestión sanitaria orientada a la calidad y seguridad de los pacientes 2.ª* ed. Madrid: Fundación Mapfre, 2017 pp. 917-929. Disponible en: <https://www.fundacionmapfre.org/publicaciones/todas/gestion-sanitaria-hacia-la-calidad-y-seguridad-ii-edicion/> (Última consulta 23 de mayo de 2024).

<sup>29</sup> PUJOL-DE CASTRO Antonio, VALERIO-RAO Grecia, VAQUERO-CEPEDA Pablo, CATALÁ-LÓPEZ Ferán. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que trabajan en España: revisión sistemática y metaanálisis *Gaceta Sanitaria*, Vol. S0213, 2024, pp. 1-9. DOI: 10.1016/j.gaceta.2024.102384.

**Tabla 1**

Síntomas, emociones y consecuencias del fenómeno de la segunda víctima

Categorías	Síntomas, emociones y consecuencias
<b>Psicológicos y físicos</b>	Culpabilidad Angustia, Ansiedad, Flashback o recuerdos recurrentes involuntarios y angustiosos Baja autoestima, Desánimo, Pesimismo, Tristeza, Vergüenza, Fatiga, Abatimiento, Cansancio Dificultades de concentración, Confusión Insomnio y otros trastornos del sueño Ira /irritabilidad Hipertensión, taquicardia, cefaleas, astenia, dispepsia, diarrea, náuseas, trastornos alimentarios Trastorno de estrés postraumático Depresión e ideación suicida
<b>Profesionales y sociales</b>	Inseguridad y desconfianza sobre la propia capacidad, Miedo a errores futuros Hipervigilancia Temor al señalamiento, rechazo y pérdida de reputación, Frustración /insatisfacción laboral, Cuestionamiento vocacional, Absentismo e Incapacidad laboral, Rechazo a contacto con pacientes, Abandono de la profesión,

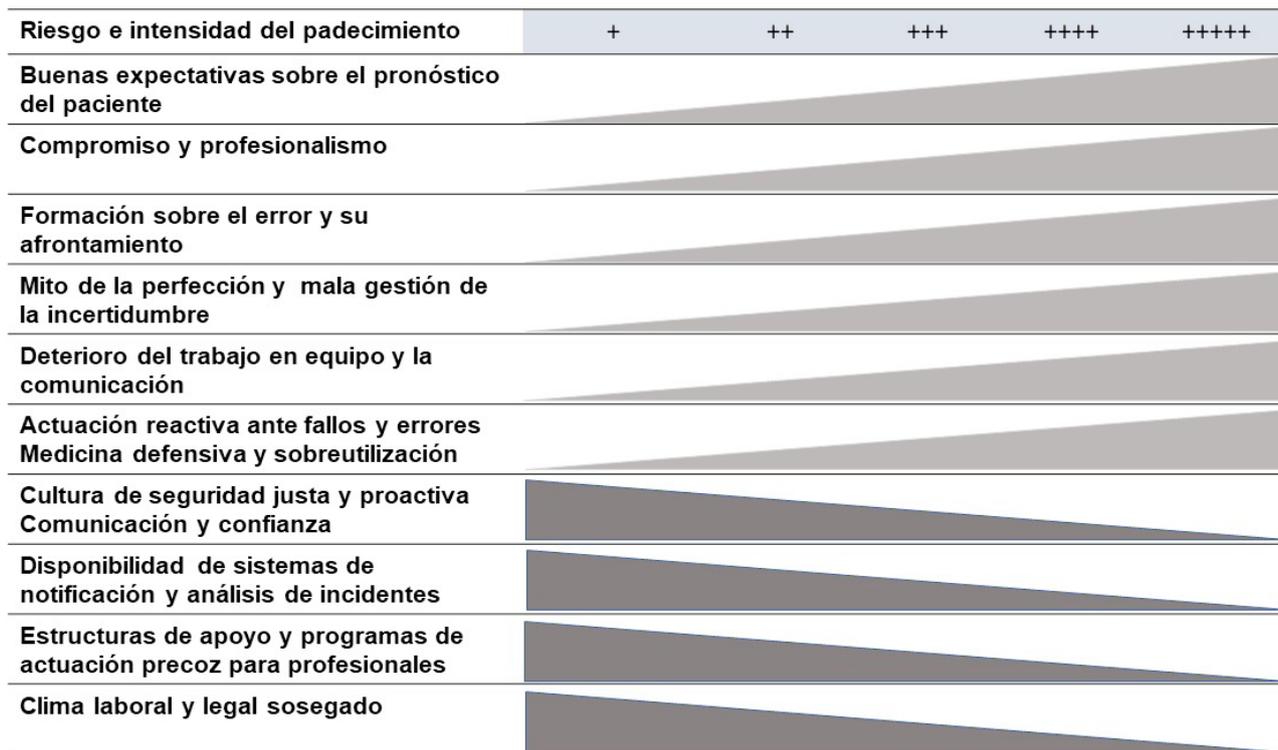
**Fuente:** <sup>25</sup> VANHAECHT Kris, <sup>26</sup> SEYS Deborah·NEW Lucy<sup>27</sup>. Elaboración propia.

Los estudios sobre el fenómeno de las segundas víctimas coinciden en que algo más del 60% de los profesionales se han encontrado, en algún momento de su vida profesional, afectados por esta situación, con distinta intensidad según el tipo y consecuencias del incidente, el ámbito asistencial, el tipo de especialidad -médica, quirúrgica o médico-quirúrgica, el sexo, la edad o los años de experiencia profesional.

En España, un estudio publicado por Mira *et al.* en profesionales de hospitales y de atención primaria sitúa esta cifra en el 72,5% (IC 95% 69-77%) en hospitales y en el 62,5%, (IC95% 59-66%) en atención primaria en el período de los 5 años anteriores a la realización del mismo. La respuesta emocional más frecuente fueron sentimientos de culpa (59% de los casos), ansiedad (50%), revivir el suceso — flashbacks— (42%), cansancio/desgana (39%), insomnio (38%), dudas/inseguridad en lo que se hacía (33%)<sup>30</sup>.

Ser o no ser una segunda víctima no es un diagnóstico dicotómico con carácter excluyente de SI o NO, sino un espectro de manifestaciones con distintos grados de intensidad que pueden agruparse en una escala cualitativa (FIGURA 2).

<sup>30</sup> MIRA José Joaquín, CARRILLO Irene, LORENZO Susana, FERRÚS Lena, SILVESTRE Carmen, PÉREZ-PÉREZ Pastora, *et al.* The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Services Research*, Vol. 15, 2015, pp. 1-9. DOI: 10.1186/s12913-015-0790-7 (Última consulta 23 de mayo de 2024).



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 2.** Determinantes de la frecuencia e intensidad del padecimiento del fenómeno de la segunda víctima

El mayor o menor riesgo de sufrir el fenómeno de segunda víctima y la previsible intensidad del mismo depende de varios factores contribuyentes relacionados con el paciente, el propio profesional y el sistema en el que desarrolla su actividad. Entre los que incrementan el riesgo podemos destacar los siguientes:

- Las expectativas de los profesionales respecto al pronóstico del curso clínico de un paciente en función de: la enfermedad en sí misma, la edad, la coexistencia con otras patologías y la experiencia previa en casos semejantes... En este sentido, cuanto mejor sea la confianza del profesional en una buena evolución, si esta no se produce, mayor es la probabilidad de afectación negativa sobre el mismo.
- Un mayor grado de compromiso profesional, implicación en la relación profesional-paciente y profesionalismo. Entendido este, como el conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos<sup>31,32</sup>, también puede favorecer, paradójicamente, la aparición de consecuencias negativa, particularmente, aquellas de tipo emocional.
- La formación insuficiente sobre los factores que contribuyen a la aparición de errores y el afrontamiento de los mismos a través de la comunicación y las disculpas, la rendición de cuentas y la transparencia.

<sup>31</sup> ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA. *Código de Deontología Médica 2022*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales Médicos 2023. Disponible en <https://www.cgcom.es/publicaciones> (Última consulta 23 de mayo de 2024).

<sup>32</sup> ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA. *Profesión médica. Profesional médico. Profesionalismo médico*. 2018. Madrid: Cuadernos Consejo General de Colegios Oficiales Médicos 2023 (Disponible en <https://www.cgcom.es/publicaciones> (Última consulta 23 de mayo de 2024).

- d) Una excesiva confianza en lo que se ha venido en denominar el mito de la perfección<sup>33</sup> y la fascinación sobre la utilización de tecnologías insuficientemente evaluadas, así como la incapacidad para la gestión de la incertidumbre, son igualmente factores contribuyentes a la aparición del sufrimiento y otros efectos negativos.
- e) La existencia de una cultura de la seguridad en la que el silencio y la ocultación de los fallos y errores que ocurren son habituales, debido al temor a sanciones, litigios y pérdida de crédito y prestigio profesional; en la que es común el deterioro del trabajo en equipo y la comunicación entre pacientes y profesionales; en la que prevalece el ejercicio de una medicina defensiva favorecedora de la sobreutilización y las actuaciones reactivas frente a la aparición de eventos adversos más que las dirigidas a preverlos y evitarlos.

En sentido contrario, como factores que contribuyen a disminuir el riesgo de padecimiento del fenómeno y la intensidad y duración de sus manifestaciones podemos señalar los siguientes:

- a) La existencia de una cultura de la seguridad proactiva y justa<sup>34,35</sup> en la que prevalecen la lealtad, el trabajo en equipo, la comunicación abierta y confianza entre gestores, profesionales de la asistencia y pacientes, así como un talante y conducta proactiva para detectar los problemas antes de que se manifiesten y agraven.
- b) La disponibilidad de sistemas de notificación y análisis de incidentes dirigidos al aprendizaje y a la gestión del riesgo asistencial.
- c) La disponibilidad de estructuras de apoyo y programas de actuación para la atención precoz a los profesionales que se han visto involucrados en un incidente o con resultados deficientes e inesperados de la atención prestada.
- d) Un clima laboral y legal sosegado determinado por la visión, percepción y actitudes de los profesionales y la sociedad en relación con el desarrollo de la cultura de la seguridad, facilitando la implementación de acciones respecto a la seguridad<sup>36,37,38</sup>.

## 4.2. Estrategias de actuación

Utilizando terminología clínica, puede afirmarse que la seguridad del paciente es una patología crónica para la que no existe un tratamiento resolutivo, pero sí de mantenimiento por medio de actividades de cuidados del paciente, del sistema y de los profesionales, dirigidas a reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores. aumentar la probabilidad de detectarlos precozmente cuando ocurren y, en caso de que acontezcan, mitigar sus consecuencias.

<sup>33</sup> LEAPE Lucian L. Striving for perfection. *Clinical Chemistry*, Vol.48, 2002, pp.1871-2.

<sup>34</sup> POZZOBON Laura D, SEARS Kim, ZUK Aleksandra. Leaders' Role in Fostering a Just Culture. *Nursing Leadership*, Vol. 36(3), 2024, pp. 44-55. DOI: 10.12927/cjnl.2024.27289.

<sup>35</sup> RHEE Amanda J. Just Culture: How Do We Address Risky and Unprofessional Behaviors that Lead to Errors? *Anesthesiology Clinics*, Vol. 41 (4), 2023, pp. 731-738. DOI: 10.1016/j.anclin.2023.05.002.

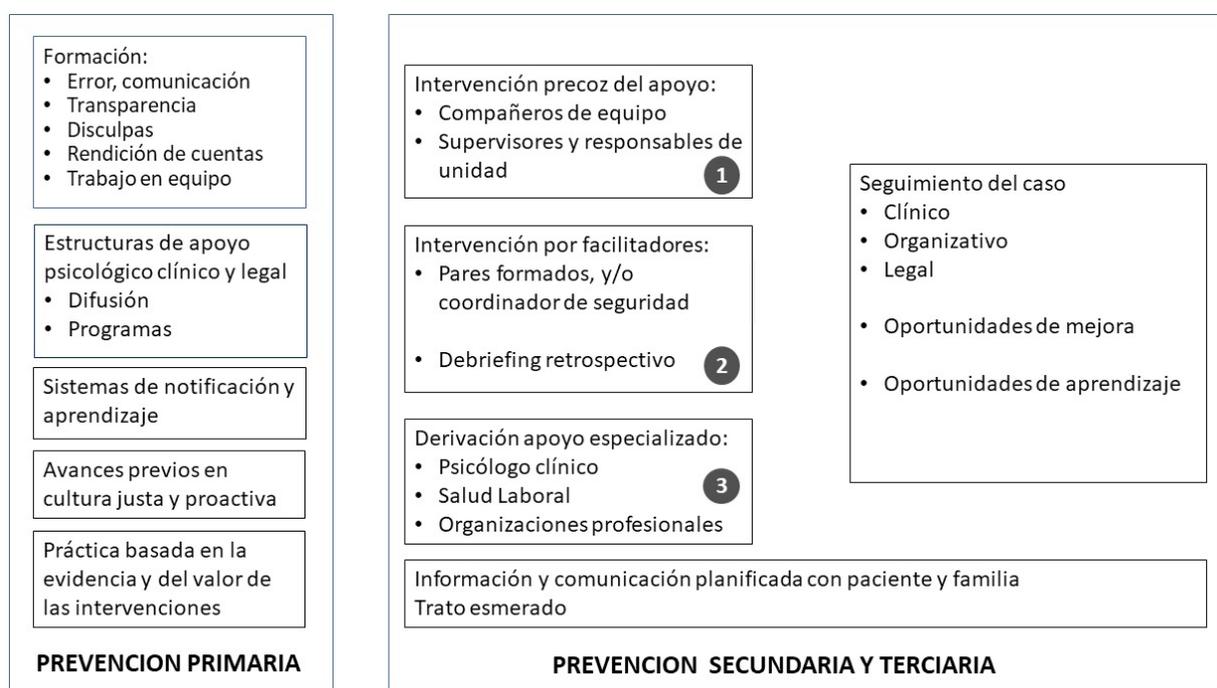
<sup>36</sup> GEHRING Katrin, SCHWAPPACH David L, BATTAGLIA Marco, BUFF Roman, HUBER Felix, SAUTER Peter, WIESER Markus. Safety climate and its association with office type and team involvement in primary care. *International Journal of Quality and Health Care*, Vol. 25(4), 2023, pp. 394-402. DOI: 10.1093/intqhc/mzt036.

<sup>37</sup> KIDA Ryohei, FUJITANI Katsumi, MATSUSHITA Hironobu. Impact of Collaborative Leadership, Workplace Social Capital, and Interprofessional Collaboration Practice on Patient Safety Climate. *Journal for Healthcare Quality* N.º May 17, 2024, Epub ahead of print. DOI: 10.1097/JHQ.0000000000000443.

<sup>38</sup> MELLO Michelle M, STUDDERT David M, KACHALIA Allen. The medical liability climate and prospects for reform. *Journal of American Medical Association*, Vol. 26;312(20), 2014, 2146-55. DOI: 10.1001/jama.2014.10705.

La capacidad de los profesionales sanitarios para proteger a los pacientes está en parte mediatizada por su propia seguridad<sup>39,40</sup>. En relación con las acciones dirigidas a los profesionales deben destacarse las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo sobre la protección de los profesionales sanitarios, no sólo ante los bien conocidos riesgos biológicos, físicos, químicos o ergonómicos, sino también, sobre los psicosociales, garantizando el acceso a los servicios de bienestar mental y apoyo social para reducir el riesgo y, en su caso, mitigar sus consecuencias como un prerrequisito para la calidad y la seguridad la atención y del cuidado<sup>41,42</sup>.

Esto implica tanto actuaciones de prevención primaria sobre los factores contribuyentes ya señalados dirigidas a reducir la incidencia de nuevos casos del fenómeno de las segundas víctimas; como actuaciones de prevención secundaria y terciaria dirigidas identificar precozmente los casos que se hayan producido y a mejorar el curso evolutivo de aquellos profesionales que lo sufren (FIGURA 3)



Fuente. elaboración propia.

**Figura 3.** Estrategias de actuación en la atención a las segundas víctimas

<sup>39</sup> SHAW Alexandra, FLOTT Kelsey, FONTANA Gianluca, DURKIN Mike, DARZI Ara. No patient safety without health worker safety. *Lancet*, Vol. 14;396(10262), 2020, pp. 541-1543. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31949-8.

<sup>40</sup> BENAVIDES Fernando G, UTZET Mireia, SERRA Consol, DELANO Pía, GARCÍA-GÓMEZ Montserrat, AYALA Amaia, DELCLÓS Jordi, RONDA Elena, GARCÍA Vega, GARCÍA Ana M; GRUPO DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA DE SALUD LABORAL. Salud y bienestar del personal sanitario: condiciones de empleo y de trabajo más allá de la pandemia. Informe SESPAS 2024 *Gaceta Sanitaria*, N.º 38 Suppl 1: 102378, 2024, pp. 1-9. DOI: 10.1016/j.gaceta.2024.102378.

<sup>41</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Cuidando a quienes cuidan: programas nacionales de salud ocupacional para los trabajadores de la salud. Resumen de políticas*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240011588> (Última consulta 23 de mayo de 2024).

<sup>42</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, p. 56. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705> (Última consulta 23 de mayo de 2024).

En tal sentido es obligado destacar, entre otros, los siguientes puntos:

— La importancia de recibir una formación específica durante el grado y en el periodo de formación especializada sobre incidentes y errores clínicos ha sido puesta de manifiesto por la Organización Mundial de la Salud en un documento dirigido a identificar los cambios en la formación médica y de otras profesiones sanitarias. Esta debería dirigirse no sólo a los aspectos referidos a la falta de conocimiento, entrenamiento o supervisión de actuaciones clínicas o quirúrgicas, sino atender además, a cuestiones de índole ética sobre cómo desarrollar una comunicación honesta y abierta con pacientes y familiares sobre los incidentes y resultados inesperados, haciendo énfasis en la explicación comprensible y verídica de los hechos, las medidas para garantizar un seguimiento exhaustivo de su evolución, las disculpas que procedan, la escucha de la perspectiva y experiencia sufrida por el paciente, posibles medidas preventivas y correctoras para evitar que ocurran de nuevo y la disponibilidad para seguir informando de forma periódica<sup>43</sup>.

Al respecto es evidente que hay importantes oportunidades de mejora al respecto, tal como muestra un estudio reciente realizado sobre 49 facultades de Medicina de España en el que se destaca, entre otras carencias, que sólo 7 de las mismas (18%) refieren en sus planes de estudio el objetivo de «cómo comprender y aprender de los errores en la seguridad del paciente»<sup>44</sup>.

— La indispensable existencia de una cultura justa y proactiva<sup>45</sup> en contraposición a lo que es una cultura —desdichadamente extendida—, reactiva y basada en la culpa y el castigo. Una cultura justa de cualquier organización consiste en crear y mantener un clima de confianza en el que se promueva, anime, e incluso se valore positivamente, a quienes proporcionan información esencial relacionada con los errores y fallos de seguridad, pero en la que también esté claro dónde están los límites entre conductas aceptables y no aceptables por ser negligentes, temerarias o improcedentes<sup>46</sup>.

Dicho en términos más comprensibles, se trata de lograr un equilibrio entre la obligada rendición de cuentas y el aprendizaje a partir de los errores y los fallos, huyendo de una culpabilización improductiva y sin valor para la mejora<sup>47</sup>.

Cuando ha ocurrido un incidente, el objetivo es plantear un cambio de la mentalidad centrada en la pregunta de ¿Quién ha sido? a un análisis sistémico sobre cuestiones como ¿Qué ha ocurrido?, ¿Cuándo?, ¿Cómo pudo ocurrir?, ¿Cómo podemos mitigar o reparar los daños?, para finalizar con un aprendizaje orientado a analizar, ¿Qué podemos y debemos hacer para que no vuelva a ocurrir?

Una cultura de seguridad «justa» implica cambios de actitudes y de estructuras lo cual requiere que los profesionales se sientan evaluados y tratados de manera consistente, constructiva y justa, particularmente cuando se ven directamente afectados. En este sentido debe destacarse la necesidad, lamentablemente postergada, de un marco regulatorio que proporcione, por un lado, garantías legales de que la notificación de un incidente, fallo o error no intencionado, no dé lugar a acciones legales o disciplinarias, salvo que exista una conducta o una actitud negligente, del mismo modo que para aquellos profesionales que han analizado las causas inmediatas y profundas de seguridad y por otro, que los pacientes potencialmente afectados tendrán una compensación justa y adecuada a los daños sufridos.

<sup>43</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION *Patient safety research: a guide for developing training programmes*. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/75359> (Última consulta 14 de septiembre de 2024).

<sup>44</sup> ARANAZ ANDRÉS Jesús María, ESPINEL RUIZ Marco Antonio, MANZANO LUIS, DE JESUS FRANCO Fernando. Evaluating the Integration of Patient Safety in Medical Training in Spain. *International Journal of Public Health*, Vol. 25;69: 1607093, 2024, pp. 1-6. DOI: <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607093>.

<sup>45</sup> MIRA José Joaquín. Errores Honestos y Segundas Víctimas: Hacia una Cultura Justa para la Seguridad del Paciente. *Journal of Health Care Quality Research*, Vol. 38(5), 2023, pp. 259-261. DOI: 10.1016/j.jhqr.2023.08.001.

<sup>46</sup> REASON James. *Managing the risks of organizational accidents*, Hants: Ashgate Publishing, 1997, pp. 41-79.

<sup>47</sup> WACHTER Robert M, PRONOVOST Peter J. Balancing «no blame» with accountability in patient safety. *New England Journal of Medicine*, Vol. 361, 2009, 1401-06. DOI: 10.1056/NEJMs0903885.

— Asumiendo la imposibilidad de erradicar el riesgo en la asistencia sanitaria, el último Informe Mundial sobre Seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud, señala como uno de sus objetivos estratégicos conseguir una atención sanitaria de alta fiabilidad, destacando el papel de los sistemas de notificación como instrumento para conocer los riesgos, y la importancia, para su funcionamiento efectivo, de garantizar la confidencialidad y los mecanismos administrativos y legales de protección para quienes reportan eventos adversos o quienes expresan inquietudes sobre la seguridad de los servicios<sup>48</sup>.

En España, desde la aprobación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y tal como se señala en el artículo 59 de la misma, los sistemas de notificación están considerados como una infraestructura esencial de la calidad.<sup>49</sup> Sin embargo, es evidente, más de veinte años después de la publicación de dicha norma que a pesar de notables esfuerzos institucionales y académicos<sup>50, 51</sup>, su implementación y utilización dista de ser la deseable.

Contribuyen a ello factores como la indefinición sobre incidentes a notificar, la falta de un marco normativo de desarrollo de los mismos y la desconfianza de los profesionales ante algunos interrogantes como la obligación de denunciar los hechos delictivos de los que se tenga conocimiento, la obligación de comparecer y declarar como testigo en caso de llamamiento judicial en el marco de un proceso penal y en particular, la cuestión del estatus procesal de los miembros de los comités encargados del análisis de los incidentes notificados así como la falta de liderazgo o interés por parte de gestores y directivos.

Es obvio que tomar decisiones fundamentadas en hechos y evidencias, exige un análisis detallado de los condicionantes o determinantes que han podido facilitar la aparición de un incidente para reducir o evitar su reaparición. En este sentido el adecuado funcionamiento de los sistemas de notificación para su fin primordial que es el aprendizaje de los profesionales, se vería probablemente facilitado con una normativa legal que reforzara el estatus legal de los notificantes y demás intervinientes en un sistema de notificación<sup>52</sup>.

— Las intervenciones dirigidas a reducir los daños y repercusiones asociadas al fenómeno son variadas y todas ellas están orientadas a reducir el curso evolutivo, mejorar la situación de la segunda víctima y favorecer su recuperación<sup>53, 54</sup>. En esta línea existen distintos modelos e iniciativas de intervenciones

---

<sup>48</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global patient safety report 2024*. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458> (Última consulta 12 de junio de 2024).

<sup>49</sup> Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del sistema Nacional de Salud. Capítulo VI. Artículo 59. Infraestructura de la calidad. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con> (Última consulta 23 de mayo de 2024).

<sup>50</sup> ROMERO CASABONA Carlos María, URRUELA MORA Asier, *El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2009/docs/Establecimiento-SistemaNacionalsistemas.pdf> (Última consulta 23 de mayo de 2024).

<sup>51</sup> URRUELA MORA Asier. *La perspectiva legal de los sistemas de notificación*. Jornada de Experiencias de éxito en la gestión de los sistemas de notificación. Madrid: Ministerio de Sanidad 18 de mayo de 2023. Disponible en: [https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/eventos/jornadas/2023/doc/6.\\_Asier\\_Urruela.pdf](https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/eventos/jornadas/2023/doc/6._Asier_Urruela.pdf) (Última consulta 23 de mayo de 2024).

<sup>52</sup> LIBANO BERISTAIN Arantxa. Implicaciones jurídicas de los sistemas de notificación y registro de eventos adversos en la esfera sanitaria. *Revista de Derecho y Genoma Humano. Genética, Biotecnología y Medicina Avanzada*, Vol. 59, 2023, pp. 89-127. DOI: <https://doi.org/10.14679/3194>.

<sup>53</sup> SCOTT Susan D, HIRSCHINGER Lena E COX Karen R, et al. The natural history of recovery for the healthcare provider «second victim» after adverse patient events. *British Medical Journal of Quality and Safety*, Vol. 18, 2009, 325-330. doi: 10.1136/qshc.2009.032870.

<sup>54</sup> BUSCH Isolde M, MORETTI Francesca, PURGATO Marianna, BARBUI Corrado, WU Albert W, RIMONDINI Michela. Dealing With Adverse Events: A Meta-analysis on Second Victims' Coping Strategies. *Journal of Patient Safety*, Vol. 16(2), 2020, pp. e51-e60. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000661.

dedicadas a apoyar a las segundas víctimas. Entre ellas puede destacarse, entre otras, la desarrollada por el grupo español de investigación en segundas víctimas<sup>55</sup> conocida como MISE (Mitigando el Impacto en Segundas Víctimas) o la desarrollada por la Universidad de Missouri, conocida como ForYou team<sup>56</sup>.

El planteamiento de las mismas se basa en el apoyo entre pares o iguales para proporcionar «primeros auxilios emocionales» a compañeros que se ven implicados en eventos adversos, errores clínicos u otras situaciones estresantes relacionadas con la atención al paciente por compañeros respetados, motivados y capacitados con similar dedicación asistencial. Este apoyo es, con frecuencia, una herramienta eficaz para ayudar al personal sanitario a gestionar con éxito las situaciones difíciles, aumentar la resiliencia y disminuir la angustia, ansiedad y sentimientos de culpa.

Las actividades de estos profesionales de apoyo pueden ir más allá del apoyo puntual en las situaciones mencionadas, contribuyendo, además, a sensibilizar y formar a compañeros de servicio o unidad y fomentar la cultura justa y proactiva de seguridad. Por tanto, deberían realizarse esfuerzos para la capacitación específica tanto para los propios pares que apoyan, como a directivos de centros y servicios y organizaciones profesionales a fin de hacer factible la respuesta a las necesidades de los trabajadores sanitarios de una manera más satisfactoria.<sup>57,58</sup> Debe destacarse que no sólo la falta de apoyo, sino también las inconsistencias del mismo tras estar involucrado en un evento adverso, pueden contribuir a una mala evolución del proceso<sup>59</sup>.

Cuando este soporte es insuficiente, puede ser necesario disponer de un segundo nivel de apoyo que pueda contribuir, además, a un análisis retrospectivo de lo acontecido e incluso un tercero, de apoyo especializado por servicios de salud laboral, organizaciones profesionales o unidades especializadas de psicología y psiquiatría en dependencia de los recursos y de la gravedad de la situación.

Finalmente, es importante hacer énfasis en dos cuestiones adicionales: la información adecuada y el esmero en la relación con los pacientes y sus familiares posterior al incidente, así como el seguimiento clínico, organizativo y, en su caso, de la problemática legal que pueda ir asociada al mismo.

## 5. Consideraciones finales

La práctica clínica consiste, hoy en día, en una combinación de procesos organizativos complejos, tecnologías sofisticadas y acciones humanas de alta especialización que, si bien aportan beneficios importantes para los pacientes, también conllevan riesgo de que ocurran daños relacionados con la asistencia y que estos puedan repercutir en los profesionales, convirtiéndolos, colateralmente, en segundas víctimas.

<sup>55</sup> MIRA José Joaquín, CARRILLO Irene, GUILABERT Mercedes, LORENZO Susana, PÉREZ-PÉREZ Pastora, SILVESTRE Carmen, FERRÚS Lena; SPANISH Second Victim Research Team. The Second Victim Phenomenon After a Clinical Error: The Design and Evaluation of a Website to Reduce Caregivers' Emotional Responses After a Clinical Error. *Journal of Medical Internet Research*, Vol. 8;19(6), 2017, p. e203 y ss. DOI: 10.2196/jmir.7840.

<sup>56</sup> BURLISON, Jonathan D., QUILLIVAN, Rebeca R., SCOTT, Susan D., JOHNSON, Sherry. and HOFFMAN, James M. The effects of the second victim phenomenon on work-related outcomes: Connecting caregiver distress to turnover intentions and absenteeism. *Patient Safety & Quality Healthcare*, Vol. 7(3), 2021, pp. 195-199. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000301.

<sup>57</sup> GUERRA-PAIVA Sofia, LOBÃO Maria Joao, SIMÕES Diogo Godinho, et al. Key factors for effective implementation of healthcare workers support interventions after patient safety incidents in health organisations: a scoping review. *British Medical Journal Open*, Vol. 3, 2023, pp. e078118 y ss. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-078118.

<sup>58</sup> ERNST CONSORTIUM. *Curso europeo de segundas víctimas (Español)*. European Researchers Network Second Victims Internet. Disponible en: <https://course.cost-ernst.eu/courses/second-victim-course-es/> (Última consulta 10 de junio de 2024).

<sup>59</sup> SCHRØDER Katja, JANSSENS Astrid, HVIDT Elisabeth A. Adverse events as transitional markers - Using liminality to understand experiences of second victims. *Social Science and Medicine*, Vol. 268 (113598), 2021, pp. 1-8. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113598.

Para mejorar la seguridad del paciente es imprescindible identificar los riesgos asistenciales y los incidentes de seguridad. A tal fin son esenciales, además de sistemas de vigilancia de indicadores que permiten una visión amplia de la evolución y la situación de los mismos en un momento y en un ámbito concreto, los sistemas de notificación de incidentes que permitan analizar aquellos factores que contribuyen a los mismos para favorecer el aprendizaje de los profesionales y modificar el sistema para evitar su recurrencia.

Sin embargo, lograr que los sistemas de notificación sean efectivos no es sencillo. Además de cambios normativos, particularmente atinentes al enjuiciamiento criminal, que previsiblemente favorecerían su funcionamiento, es imprescindible un cambio hacia la llamada cultura justa, involucrando a los profesionales en la comunicación abierta de incidentes y eventos adversos, lo que probablemente reduciría el riesgo de sufrir el fenómeno de segunda víctima o, al menos, de reducir la intensidad de sus síntomas y manifestaciones y por otro, involucrarlos en el análisis de los factores determinantes y la implementación de acciones de mejora.

En lenguaje propio de la gestión de la calidad y la seguridad, es indiscutible que tenemos oportunidades de mejora de la seguridad del paciente en general y en la atención a los profesionales que sufren el fenómeno de segundas víctimas en particular. En este sentido, fomentar el diálogo y la colaboración entre juristas, pacientes y profesionales del sistema sanitario es ineludible si queremos lograr que la seguridad del paciente sea una prioridad de las políticas del sistema de salud y no mera retórica.