

Guía nacional de respuesta al fenómeno de las segundas víctimas en instituciones de salud en Colombia



Erika Bibiana Rodríguez Gallo • Mery González Delgado
José Joaquín Mira Solves • Carolina Villalba Toquica
Juan Carlos Morales Ruíz • Aanh Eduardo Dimate García
Mariela Borgarello • Alejandra Salcedo Monsalve
Luz Angela Arrieta Arteta


Clínica  Colsanitas

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

Guía nacional de respuesta al fenómeno de las segundas víctimas en instituciones de salud en Colombia



Guía nacional de respuesta al fenómeno de las segundas víctimas en instituciones de salud en Colombia



Erika Bibiana Rodríguez Gallo
Mery Gonzalez Delgado
José Joaquín Mira Solves
Carolina Villalba Toquica
Juan Carlos Morales Ruiz
Aanh Eduardo Dimate García
Mariela Borgarello
Alejandra Salcedo Monsalve
Luz Angela Arrieta Arteta

Equipo líder y autor de la guía

Erika Bibiana Rodríguez Gallo
Fundación Universitaria del Área Andina (Colombia)

Mery González Delgado
Fundación Universitaria del Área Andina / Red Interprofesional Colombiana de Seguridad del Paciente (Colombia)

José Joaquín Mira Solves
Universidad Miguel Hernández / Fomento de la Investigación Sanitaria y Bioética de la Comunitat Valenciana FISABIO (España)

Carolina Villalba Toquica
Clínica Colsanitas S. A. (Colombia) / Docente Fundación Universitaria Sanitas (Colombia)

Juan Carlos Morales Ruiz
Red Salud Colsubsidio / Red Iberoamericana de Conocimiento en Seguridad del Paciente (Colombia)

Aanh Eduardo Dimate García
Red Iberoamericana de Conocimiento en Seguridad del Paciente (Colombia)

Mariela Borgarello
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Argentina) / Red Iberoamericana de Conocimiento en Seguridad del Paciente

Alejandra Salcedo Monsalve
Fundación Universitaria del Área Andina (Colombia)

Luz Angela Arrieta Arteta
Fundación Universitaria del Área Andina (Colombia)

Elizabeth Gómez Bejarano
Subred Centro Oriente ESE

Linda Inés Abuhatab Rodríguez
Nueva ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís

Christian David Cañón Amaya
Nurse Lili SAS, sede Bogotá

Yeimmy Catherine Gutiérrez Ortiz
IPS Nurse Lili

Rosa Nury Zambrano Bermeo
Universidad Santiago de Cali

Henry Rafael Aguirre Moreno
Hospital Regional Valle de Tenza ESE

Yobana Yadira Toro Cristancho
Hospital Regional Valle de Tenza, sede Guateque

Lady Paola Jiménez Tuay
Hospital Regional I Nivel de Atención Valle de Tenza, Guateque

César Gerardo Cuello Salinas
Hospital Regional I Nivel de Atención Valle de Tenza

Jenny Marcela Pinzón Pinzón
Hospital Regional I Nivel de Atención Valle de Tenza

Gloria Yaneth Manrique Abril
Hospital Regional I Nivel de Atención Valle de Tenza

Marcelo Mariño Martínez
Hospital Regional I Nivel de Atención Valle de Tenza

Danitza Rodríguez Cantillo
Hospital Regional I Nivel de Atención Valle de Tenza

Reina Isabel Vaca Bernal
Hospital Regional I Nivel de Atención Valle de Tenza

Stella Muñoz Fula
Hospital Regional I Nivel de Atención Valle de Tenza

Magda Maricela Preciado Guatavita
Hospital Regional I Nivel de Atención Valle de Tenza

Lorena Paola Castro Pérez
Hospital Regional I Nivel de Atención Valle de Tenza –Guateque

Ligia Betty Arboleda de Pérez
Tribunal de Ética en Enfermería

Heyde Patricia Zuluaga Arias
Asociación Colombiana de Farmacovigilancia

Rosana Angélica Ramírez Pedreros
Asociación Colombiana de Farmacovigilancia

Ángela Caro Rojas
Asociación Colombiana de Farmacovigilancia

Guiomar Rubiano Díaz
Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios

Luis Enrique Gómez Arciniegas
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Bibian Yiseth Moreno Mayorga
Ministerio de Salud y Protección Social

Sandra Patricia Álvarez Sierra
Ministerio de Salud y Protección Social

Coautores nacionales

Deysy Lisette Rodríguez Araujo
Fundación Universitaria del Área Andina

Johanna Sofía Ospino Rivera
Fundación Universitaria del Área Andina

Yolly Samara Sandoval Jaimes
Fundación Universitaria del Área Andina

Gustavo Adolfo Gil Ángel
Fundación Universitaria del Área Andina

Dilso Agustín Caicedo Suárez
Fundación Universitaria del Área Andina

Heydy González
Fundación Universitaria del Área Andina

Adelaida Bedoya Salcedo
Fundación Universitaria del Área Andina

Yanni Raúl Fonseca
Universidad Manuela Beltrán

Johan David Tapiero Rojas
Universidad Manuela Beltrán

Silvio Germán Telpiz de la Cruz
Pontificia Universidad Javeriana

Eduardo Zárate López
Clínica Colsanitas S. A.

Claudia Beatriz González Arboleda
Clínica Colsanitas S. A.

Lina María Parra Sepúlveda
Clínica Colsanitas S. A.

William Muñoz García
Clínica Colsanitas S. A.

Claudia Inés Ruiz Castillo
Clínica Colsanitas S. A.

Margarita Inés Castañeda Aponte
Clínica Colsanitas S. A.

Herson Luis León González
Clínica Universitaria Colombia

Mauricio Leuro Martínez
Leuro & Gutiérrez Abogados

Neyla Paola Peluffo Arias
Clínica Valledupar

Yenis Esther Salazar Medina
Clínica Valledupar

Carla Patricia Arteta Echeverría
Clínica Valledupar / Universidad Popular del Cesar

Jazmín Medina Rodríguez
Cafam Santa Bárbara

Natalia Hurtado García
Comfama

Olga Lucía Moya Sáenz
Praxisalud IPS

Edgardo Muñoz Beltrán
Fundación Clínica Shaio

Leydy Marisol Garzón Erazo
Clínica Palma Real

Carolina Rendón Ceballos
Clínica Palma Real

Samuel David Barbosa Ardila
Colegio Médico Colombiano

Coautores internacionales

Juan Carlos Araya Guajardo
Asociación Panamericana de Tecnólogos Médicos (Chile)/ Red Iberoamericana de Conocimiento en Seguridad del Paciente

Fiorella Jackeline Rojas Pineda
Clínica Ricardo Palma (Perú)

/ Red Iberoamericana de Conocimiento en Seguridad del Paciente

Irene Carrillo Murcia
Universidad Miguel Hernández (España)

Ángel Cobos Vargas
Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada (España)

Esta guía se desarrolló como parte del proyecto de investigación y proyección social titulado "Impacto psicosocial de los eventos adversos en el personal de salud asistencial en instituciones de salud colombianas durante el período 2017-2021". El proyecto recibió financiamiento de la Fundación Universitaria del Área Andina, Clínicas Colsanitas S. A., Red Salud Colsubsidio, la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Argentina) y la Universidad Miguel Hernández (España). Su propósito es proporcionar una herramienta para abordar el fenómeno de la segunda víctima (talento humano en salud) frente a eventos adversos relacionados con la atención en salud en instituciones de salud de todos los niveles de complejidad en Colombia. Este documento es el resultado del esfuerzo colectivo de diversos actores del sistema de salud colombiano.

ISBN: 978-628-95085-3-6

Contenido

□	Introducción	13
□	Glosario	15
□	Marco teórico	17
□	Metodología	23
□	Triangulación de la información	31
□	Guía de recomendaciones	46
□	Recomendaciones para la implementación de la guía en instituciones de salud	62
□	Conclusiones	64
□	Agradecimientos	65
□	Referencias	66

Lista de figuras

Figura 1. Etapas de la recuperación de la segunda víctima	21
Figura 2. Fuentes de datos empleadas para la triangulación de la información	32
Figura 3. Estrategias gerenciales de apoyo a la segunda víctima	49
Figura 4. Estrategias de atención integral antes de la ocurrencia del fenómeno	53
Figura 5. Estrategias de atención integral durante la ocurrencia del fenómeno	54
Figura 6. Estrategias de atención integral posterior a la ocurrencia del fenómeno	55
Figura 7. Estrategias en el ámbito laboral/salud laboral	58
Figura 8. Estrategias para un entorno de seguridad jurídica para clientes y talento humano en salud	61

Lista de tablas

Tabla 1. Actores del sistema de salud convocados a participar en el Metaplan	25
Tabla 2. Formulario de validación	27
Tabla 3. Población y muestra convocada para el consenso de expertos	29
Tabla 4. Resultado de triangulación entre fuentes de datos para elaboración de la guía	34

Prologue



José Joaquín Mira

Alicante-Sant Joan Health District. Alicante, Spain Miguel Hernandez University. Elche, Spain

Reinhard Strametz

Wiesbaden Business School, Rhein Main University of Applied Science and German Coalition for Patient Safety, Wiesbaden, Germany

Studies aimed at estimating the magnitude of adverse events (AEs) originating in hospital or in primary care (1) have highlighted the number of patients who suffer some harm in the course of their treatment. Whenever a patient suffers damage, whether it is avoidable or inevitable, healthcare professionals will be behind.

Once an AE has occurred, it is obvious that the priority is to attend to the new psychosocial (including, obviously, emotional), biological and physical needs of the patients (and their relatives), which must also include offering transparent, understandable and truthful information about what has happened, its causes, the measures that will be adopted so that it does not happen again, and the channels to receive fair compensation for what has happened (2)–(6). However, it is also necessary to pay attention to the collateral damage usually generated by an incident of this nature and, in particular, to the disturbed personal experiences and reduced ability to make clinical decisions of the professionals from feeling involved in the AE. This emotional disturbance could be increasing the risk of other patients' safety.

Patient safety requires the effort and commitment from all actors, including patients and their families, policy makers, health managers and professionals, but the contribution of the latter, especially the frontline professionals, is crucial. Without the involvement of professionals there will be no patient safety and this reality requires rethinking what can help achieve that contribution.

Adverse events are not a matter of “bad and good” professionals. Avoidable AE's can also be committed by the professionals most appreciated and most reputed among their colleagues. It is the experience in managing the risks inherent in the processes of care and the responsibility to consider that error

is possible, which helps to reduce their number. If the estimate of the number of safety incidents is true it means that we are facing a daily experience, to which practically no professional escapes in the course of his career. Rather than concealing the obvious, we must standardize what is customary and deal with it effectively and responsibly.

This Guideline addresses these issues in a decisive, clear and pertinent manner. It confronts a reality that requires the attention of authorities, managers, professionals, patients and citizens. This guide should not only set out a work plan to increase patient safety in Colombian healthcare institutions, but should also encourage a debate on the organizational, human resource management and legal framework changes needed to offer patients safer care.

References

1. Maria Panagioti M, Khan K, Keers RN, et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2019;366: 14185.
2. Wu AW, Boyle DJ, Wallace G, Mazor KM. Disclosure of Adverse Events in the United States and Canada: An Update, and a Proposed Framework for Improvement. *J Public Health Res.* 2013;2: e32.
3. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof.* 2013; 36:135-62.
4. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Astier P, et al. Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations. *Int J Qual Health Care.* 2017; 29:450-60.
5. Wu AW, McCay L, Levinson W, Iedema R, Wallace G, Boyle DJ, et al. Disclosing Adverse Events to Patients: International Norms and Trends. *J Patient Saf.* 2017;13:43-9.
6. Strametz R, Koch P, Vogelgesang A, Burbridge A, Rösner H, Abloescher M, Huf W, Ettl B, Raspe M. Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians in internal medicine (SeViD-I survey). *J Occup Med Toxicol.* 2021;16:11.

Prólogo



Carlos Álvarez Moreno MD MSc PhD
Vicepresidente de Innovación y Desarrollo Científico
Clínicas Colsanitas S. A.

Los hospitales son instituciones seguras. Justamente esa seguridad es el reflejo de un sinnúmero de acciones llevadas a cabo desde las áreas administrativas, la infraestructura y, especialmente, desde las actividades relacionadas con el personal de salud. En este aspecto partimos de una base: el personal de salud tiene una gran vocación de servicio y siempre aspira a que las personas egresen de los hospitales “mejor que como llegaron”. Lo anterior tiene que ver con una de las premisas fundamentales inculcadas en su formación desde Hipócrates: *primum non nocere* (primero no hacer daño). Infortunadamente, esto no siempre ocurre debido a las mismas condiciones clínicas de las personas o algunas veces por hacer u omitir una acción que puede comprometer la seguridad del paciente.

El impacto de estas fallas en la seguridad del paciente fue demostrado de manera objetiva en el informe publicado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos *Errar es humano*. Justamente, a partir de dicho informe, se potencian las estrategias al interior de las instituciones de salud con el fin de minimizar ese riesgo. Para ello, se hace necesario entrenar, reentrenar y optimizar la experticia durante toda la vida laboral del personal de salud, porque el factor humano sigue siendo el más importante. Sin embargo, la probabilidad de cometer errores persiste aunado a factores relacionados con la misma profesión: especialidad, volumen de pacientes, problemas de comunicación, situaciones particulares de cada institución, sistema de salud, entre otros.

A los profesionales de la salud que se ven involucrados en un evento adverso, se les denomina segundas víctimas. Se habla igualmente de “víctimas”, porque, luego del evento, no solo los pacientes sufren las consecuencias del incidente, sino que al personal de la salud se le puede maltratar, hacerle juicios de valor y hasta denominarlo “negligente”. De este modo, dicha cadena de señalamientos, que muchas veces incluso llega a los tribunales, puede generar

la pérdida de la licencia profesional, sanciones que restringen las acciones del oficio y graves daños de la autoestima y la salud mental del o los individuos involucrados en el evento.

La guía nacional de respuesta al fenómeno de las segundas víctimas en instituciones de salud nace como una respuesta a la necesidad sentida de tener una manera estandarizada y basada en la evidencia para atender las situaciones en los eventos adversos de las instituciones de salud, como lo indica su título. Va dirigida al personal sanitario que se ve involucrado o vinculado como generador del evento y que, en ese sentido, padece como segunda víctima, pues se genera un daño en su salud emocional y en su reputación.

Esta primera edición fue lograda gracias al trabajo interdisciplinario y a la indagación en múltiples instituciones nacionales, que, guiadas por los investigadores, generaron la información necesaria y basada en evidencia. En ese orden de ideas, el levantamiento de los datos que conforman la guía se dio mediante un enfoque cualitativo que empleó las herramientas necesarias para que fueran los mismos trabajadores de las instituciones de salud quienes orientaran la definición de las estrategias que ya se han venido planteando para las segundas víctimas. Lo anterior se logró a partir del recuento de cuáles estrategias han sido exitosas, cuáles se deben dejar de hacer y cuáles se deben implementar o mejorar.

Igualmente, con un grupo de expertos en la disciplina del derecho, se definieron los puntos clave para el afrontamiento y defensa jurídica que han sido fundamentales para quienes han padecido como segundas víctimas y que se deben dar a conocer también para su adaptación o adopción. La guía no pretende ser la última palabra, solo es una compilación de evidencia que permite orientar los esfuerzos hacia las estrategias con mayor impacto para la atención de las segundas víctimas en Colombia y en la región. Así pues, el texto que presentamos a continuación sugiere un aporte al conocimiento del abordaje en el campo de la seguridad del paciente. Su lectura es fácil y los resultados, aunque predecibles en algunos temas puntuales, aportan la evidencia requerida para tener un trabajo colaborativo y sistémico en cuanto a la atención de las segundas víctimas en nuestras instituciones.

Introducción

A partir de la publicación del informe *To err is human: building a safer health system* en 1999, se tomó consciencia de que la atención en salud no está exenta de riesgos y que los profesionales del área pueden cometer errores. De hecho, se estableció de forma concluyente en dicho documento que “al menos 44.000 personas, que probablemente sean 98.000, mueren en ellos hospitales cada año, como consecuencia de errores médicos que pueden ser prevenidos” (7).

Aunque el concepto ha evolucionado y en la actualidad los errores no se atribuyen únicamente al médico, sino que contemplan otros elementos de la atención sanitaria, la Organización Mundial de la Salud estima que los eventos adversos cada año son una de las primeras diez causas de discapacidad y muerte en el mundo. Sin embargo, se encuentran variaciones en las cifras, asociadas a la calidad de la información utilizada para el registro (8).

En cualquier caso, en el 2019, de acuerdo con la misma organización, existieron 134 millones de eventos adversos en países de ingresos bajos y medios a razón de una atención poco segura. Ello ocasionó alrededor de 2,6 millones de defunciones por esta causa. Por otra parte, en el mundo se estima que cuatro de cada diez pacientes presentan daños en los servicios sanitarios primarios, de los cuales, el 80 % se pueden prevenir (8).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social considera que “la seguridad es un atributo fundamental de la calidad de atención, que por sí misma, tiene como propósito ser segura, es decir, libre de daño; sin embargo, durante su entrega, pueden presentarse errores que pueden o no causar daño al paciente” (9).

Siguiendo con lo expresado por el Ministerio en el documento *Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos clave relacionados con la seguridad del paciente*: “un error puede darse como consecuencia de fallas en la terminación de una acción como fue planeada (error de ejecución) o del uso de un plan equivocado para la implementación de una acción (error de planeación)” (9).

En ese contexto, los eventos adversos se definen como situaciones no intencionales, asociadas a la prestación de servicios de salud. Estas situaciones causan lesiones, daños o sufrimiento a los pacientes y a sus familias, pero también causan alteraciones en las dimensiones personal, familiar, laboral, económica y social de los profesionales involucrados en ellos. Por ello, estos profesionales son considerados desde hace algunos años como segundas víctimas de dichos sucesos.

Un estudio reciente llevado a cabo en una institución de alta complejidad de la ciudad de Medellín evidenció que el 93,1 % de las personas (419 profesionales de la salud) conocía de cerca incidentes en la atención, y el 79 % conocía sobre eventos adversos graves. Adicionalmente, encontraron que el 44,4 % había participado en un evento adverso y el 99 % de estos casos manifestó percibirse como segunda víctima por la dificultad para concentrarse, la existencia de sentimientos de culpa, la sensación de ansiedad, el cansancio y las dudas sobre sus decisiones (10).

Investigaciones realizadas en varios países del mundo han reportado cifras variables en cuanto a la prevalencia de eventos adversos de seguridad del paciente y segundas víctimas (10). Después de un evento adverso, la prevalencia de segundas víctimas podría estar entre el 10,4 % y el 43,3 % (3). Casi la mitad de los profesionales de la salud experimentan la condición de segundas víctimas al menos una vez en su carrera (11). En la mayoría de los casos esta experiencia es silenciosa, debido al miedo a las consecuencias legales y a las características del contexto (12).

Las causas del fenómeno descrito pueden estar relacionadas con un bajo nivel de consciencia respecto a la importancia del reporte, con la ausencia de una cultura organizacional que promueva el aprendizaje y el mejoramiento a partir del error y con una educación emocional deficiente en los profesionales de salud involucrados. Por lo mismo, se plantea por parte de algunos investigadores que el 95 % del personal de salud en cuestión desea recibir formación para hacer frente a las consecuencias de los eventos adversos y conocer cómo informar al paciente (10).

En ese contexto, la *Guía nacional de respuesta al fenómeno de las segundas víctimas en instituciones de salud en Colombia* busca establecer un conjunto de recomendaciones y estrategias, construidas con base en la experiencia, el conocimiento y la evidencia disponibles, con el fin de mejorar la identificación de las segundas víctimas y proporcionar el apoyo requerido para la superación de la situación por parte de la persona afectada y para promover el aprendizaje organizacional. Esta guía es elaborada en el marco del proyecto de investigación y proyección social: *Impacto psicosocial de los eventos adversos en el personal de salud asistencial en instituciones de salud colombianas en el periodo 2017 al 2021*.

Glosario

Estrategias de afrontamiento: son los recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes, y que sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, por lo mismo les atribuye beneficios personales y contribuye a su fortalecimiento (13).

Evento adverso: es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño (14).

Estrés postraumático: es un trastorno en el cual el impacto emocional de un determinado suceso o acontecimiento traumático es capaz de provocar una serie de manifestaciones físicas y psicológicas en el paciente (15).

Impacto físico: son las consecuencias que afectan la salud física del individuo (16).

Impacto emocional: es el desajuste de las emociones generado por diferentes situaciones que conllevan a un trastorno de la salud física o mental. Las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad (16).

Instituciones prestadoras de servicios de salud: de acuerdo con lo definido en la Ley 100 de 1993, en sus artículos 156 y 185, son “entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas [...] Son sus funciones prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios [...] deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera” (17).

Metaplan: es un método de moderación grupal basado en una tormenta de ideas (o *brainstorming*) estructurada, que garantiza una contribución equilibrada y activa de todos los participantes y la consecución de los objetivos de la reunión en el tiempo previsto. Fue creado por Eberhard Schnelle en Alemania (18).

Primera víctima: se refiere al paciente que resulta perjudicado al sufrir un evento adverso o lesión no esperada (19), así mismo, se considera a los familiares y amigos cercanos de la persona afectada (20).

Riesgo psicosocial: son situaciones laborales que tienen una alta probabilidad de afectar la salud de los trabajadores, física, social y mentalmente (21).

Seguridad del paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (14).

Segunda víctima: según Scott et al., se define como “un proveedor de atención médica involucrado en un evento adverso no anticipado del paciente, un error médico o una lesión relacionada con el paciente que se convierte en víctima en el sentido de que el proveedor está traumatizado por el evento. Con frecuencia, las segundas víctimas se sienten personalmente responsables de los resultados inesperados del paciente y sienten que le han fallado al paciente, cuestionando sus habilidades clínicas y su base de conocimientos” (19).

Sistema de respuesta al estrés: el organismo humano posee un sistema de respuesta al estrés que es crucial para la supervivencia, ya que permite generar respuestas adaptativas a los agentes estresores internos y externos (22).

Tercera víctima: se define como la organización sanitaria que puede sufrir una pérdida de reputación como consecuencia de un incidente para la seguridad del paciente (19).

Marco teórico

La seguridad del paciente es uno de los atributos esenciales de la atención en salud y busca mejorar la experiencia del individuo durante la atención. En este marco estratégico y conceptual, se establecen como protagonistas el paciente y su red de apoyo, los miembros del equipo de salud, instituciones de salud y el sistema de salud (17), (23). El principal objetivo de la seguridad del paciente se centra en la prevención para evitar la ocurrencia de eventos adversos, y en caso de ocurrir, la mitigación de las consecuencias de dichos eventos producto de la atención sanitaria (24).

La Política de Seguridad del Paciente fue creada en Colombia en el 2008 por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de reducir y evitar la presencia de fallas en la atención que pongan en riesgo la integridad, salud y vida de los pacientes. Esta política define acciones organizacionales para su efectiva implementación de acuerdo con las competencias de los actores. En los lineamientos técnicos sugiere un abordaje metodológico para la identificación, análisis y gestión del evento adverso, así como estrategias para mejorar la seguridad del paciente, dirigidas a la educación, la información, las herramientas organizacionales, la coordinación de los diferentes actores y la articulación de la habilitación, la acreditación y la auditoría para el mejoramiento de la calidad y del sistema de información en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. Esta política resalta la cultura no punitiva frente a la presentación del evento adverso y establece la implementación de un paquete instruccional al respecto, junto con la obligatoriedad por parte de las instituciones de salud del reporte de eventos adversos ante el Ministerio de Salud y Protección Social (14).

El reconocimiento de las políticas de seguridad del paciente hace evidente que ante la ocurrencia de un evento adverso surgen diferentes víctimas. Inicialmente, está el paciente, en calidad de primera víctima, junto con su red de apoyo; así mismo y, en segundo lugar, el personal sanitario que se ve involucrado en el evento adverso de manera no planeada y que producto de este genera un trauma, descrito por algunos autores como similar a un síndrome de estrés postraumático. Por último, la tercera víctima se refiere a la institución de salud en la que ocurre el evento adverso (25), (26), (19), (27), (28).

Segunda víctima

Una segunda víctima es aquel personal del cuidado en salud que se ve involucrado (directa o indirectamente) en un evento adverso y como resultado enfrenta trastornos físicos, emocionales y estrés. Adicionalmente, este personal afronta sentimientos de culpa, rabia, depresión y miedo. De hecho, puede llegar a dudar de sus conocimientos, competencias, habilidades en su trabajo e incluso puede tomar la decisión de no seguir ejerciendo su profesión (29), (20), (26).

El fenómeno de segunda víctima es considerado como una experiencia que altera la vida y deja huella permanente en el miembro del equipo de salud. Los síntomas y manifestaciones presentadas por parte del individuo pueden tener relación con aspectos emocionales, sociales, físicos y psicológicos muy diversos como, por ejemplo, el relato detallado del evento ocurrido con amplia minuciosidad, escenarios de caos y confusión, *flashback*, dificultades de concentración, autoaislamiento, fatiga extrema, insomnio, tensión muscular, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la frecuencia respiratoria, frustración, rabia, extrema tristeza, temor a la pérdida de la reputación profesional, entre otros. Estos también le afectan en su desempeño laboral con otros pacientes y colegas. En este sentido, los estudios han descrito mayor afectación en el personal de salud femenino que en el masculino, pues se sienten más culpables y preocupadas por su reputación (30), (31), (29), (32), (26), (19), (27).

Impactos en la segunda víctima

Diversos estudios han reportado múltiples impactos en el personal del cuidado en salud que se ve involucrado en un evento adverso como manifestaciones o alteraciones en el campo emocional, físico, psicológico, laboral, social e incluso legal. Estos efectos convierten al personal involucrado en segunda víctima y pueden afectar su desempeño laboral o aspectos de su vida personal y familiar, lo que, a su vez, incide en su salud mental y física.

Las manifestaciones y consecuencias son variables. Se ha descrito, por ejemplo, que se presentan en mayor o menor medida de acuerdo con la severidad o gravedad del evento en el que se ve involucrado el personal de salud y el desenlace clínico del paciente que estaba siendo atendido. Así mismo, las consecuencias también se ven influenciadas por la respuesta del equipo de salud y el manejo institucional del evento adverso. Otros elementos que

influyen en la intensidad de la experiencia son la relación entre el paciente y el cuidador, haber vivido experiencias clínicas de eventos adversos previas, establecer algún tipo de conexión con el paciente como tener un miembro de la familia de la misma edad, entre otros (33), (29), (34), (26), (19), (35), (36).

➤ *Manifestaciones físicas*

Las manifestaciones o hallazgos físicos descritos incluyen signos como aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la frecuencia cardíaca, elevación en la presión arterial, aumento en el tono muscular o tensión muscular, y síntomas como vómito, dolor abdominal, temblor, pérdida del apetito, llanto, alteraciones en el sueño, sensación de fatiga, pérdida de peso (26), (19), (35).

➤ *Manifestaciones emocionales y psicológicas*

Las alteraciones o impactos emocionales incluyen sentimientos de culpa, angustia, revivir el evento una y otra vez, cansancio, insomnio, vergüenza, frustración, tristeza, humillación, conmoción, desesperación, incredulidad, rabia, irritabilidad, ataque de pánico, depresión, ansiedad, miedo, cambio de personalidad, cambios en el estado de ánimo, duda, pérdida de autoconfianza, remordimiento, excesiva excitabilidad, pensamientos y recuerdos repetitivos perturbadores (29), (26), (19), (35), (36).

➤ *Manifestaciones relacionales y laborales*

Las relaciones interpersonales se ven afectadas por aislamiento, temor de regresar al entorno laboral, desapego de los pacientes, pérdida de confianza en la capacidad para realizar el trabajo, insatisfacción en el trabajo, cambio en la relación con los colegas y con el equipo de trabajo, ausentismo, pérdida de reputación profesional, desconfianza, evitación del área de atención al paciente, incapacidad para mantenerse en el trabajo, solicitud de tiempo fuera del trabajo (26), (19), (35).

➤ *Manifestaciones cognitivas*

Se han identificado aturdimiento, confusión, dificultad para concentrarse, pérdida de la seguridad en la toma de decisiones clínicas (26), (19), (35). Estos impactos pueden generar un mayor riesgo de cometer un error clínico con resultados negativos en los pacientes.

En algunos estudios se han reportado resultados positivos en la segunda víctima y en su entorno laboral posterior a través de la intervención realizada

de manera institucional ante la ocurrencia de un evento adverso. En ese orden de ideas, este tipo de intervenciones propician una mejor práctica profesional, además de implementación de acciones correctivas en el departamento, mayor comunicación, mejores relaciones profesionales posteriores al análisis y discusión del evento, y mayor asertividad en el lugar de trabajo (35).

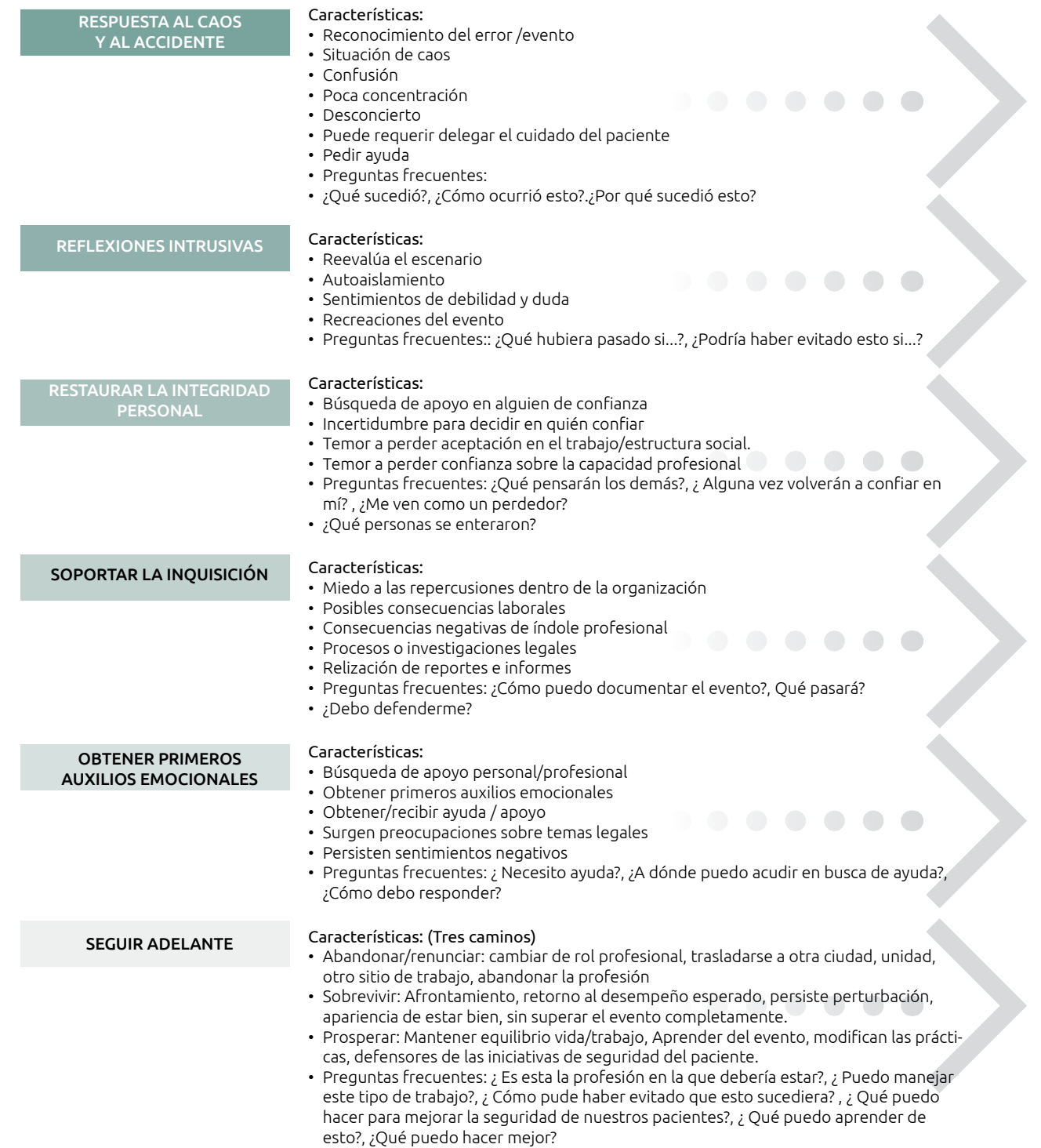
Historia natural y proceso de recuperación de la segunda víctima

Se han descrito seis etapas en el proceso de generación del impacto y posterior recuperación como parte del proceso de restablecimiento que vive la segunda víctima. Estas etapas pueden ser transitadas en simultánea y no son necesariamente secuenciales. Han sido denominadas como respuesta al caos y al accidente (etapa 1), reflexiones intrusivas (etapa 2), restaurar la integridad personal (etapa 3), soportar la inquisición (etapa 4), obtener primeros auxilios emocionales (etapa 5) y seguir adelante (etapa 6) (26).

Estas etapas (figura 1) fueron descritas en segundas víctimas de manera posterior a un evento adverso grave. Se encontró que los participantes describieron síntomas similares sin importar ni la profesión ni el sexo. Las etapas muchas veces fueron presentadas de manera simultánea según los relatos de los participantes (26):

1. Respuesta al caos y al accidente: se refiere al momento inicial en el que se identifica el evento adverso. En esta etapa, los participantes manifestaron encontrarse en escenarios de total caos y confusión, en los que se presentaron síntomas como distracción, autorreflexión, dificultad para pensar coherentemente. Esta puede ser una situación en medio de la cual el paciente requiera ser atendido de manera prioritaria, por ello, podría ser un momento en el que la mejor decisión sea buscar ayuda y delegar el cuidado del paciente a otro colega.
2. Reflexiones intrusivas: esta etapa se manifiesta con recreaciones del evento, sentimientos de duda y autoaislamiento, pensamientos reiterativos, se reevalúa la situación y se pregunta qué hubiera pasado si se hubieran tomado otras decisiones o realizado otras conductas.
3. Restauración de la integridad personal: búsqueda de apoyo con una persona de confianza, un colega o supervisor, un familiar, un amigo personal. Se experimenta incertidumbre para decidir a quién acudir. Se cuestiona si la

Figura 1. Etapas de la recuperación de la segunda víctima



Fuente: elaboración propia con información de S. D. Scott et al., 2009 (21)

persona a quien se pida apoyo puede comprender la situación, aunado al temor de despertar dudas sobre su capacidad en el futuro como profesional. Se teme la desconfianza que se pueda desencadenar hacia el futuro en quienes se enteren de lo sucedido y hay recelo por la posibilidad de generar comentarios en el equipo de trabajo o despertar falta de confianza clínica. Hay preocupación por la generación de una posterior recordación persistente de la situación.

4. Soportar la inquisición: después de estabilizar al paciente y luego de las primeras reflexiones personales, la víctima empieza a considerar que la institución puede reaccionar con decisiones que pueden repercutir negativamente en la seguridad o estabilidad laboral. Se piensa en que puede haber consecuencias como la pérdida de la licencia profesional e implicaciones legales.
5. Obtención de los auxilios emocionales: aquí se reporta la búsqueda incansante de apoyo emocional y la dificultad de decidir en quién confiar. Se busca apoyo en seres queridos, en compañeros, otros profesionales, jefes, supervisores. El apoyo para la expresión de sentimientos puede ser insuficiente, por ello persisten pensamientos negativos.
6. Seguir adelante: esta es la última etapa. Allí se encuentran tres caminos: abandonar, sobrevivir y prosperar. Abandonar se refiere a cambiar de papel profesional, abandonar la profesión o mudarse a otro sitio para la práctica profesional. Sobrevivir se refiere a que el profesional vuelve a tener un nivel de desempeño esperado, pero sigue afectado por el evento. Prosperar hace referencia a personas que, a partir de la experiencia, pueden mantener su desempeño y continuar en el camino profesional con un gran aprendizaje (26).

Metodología

En la fase tres del estudio denominado *Impacto psicosocial de los eventos adversos en el personal de salud asistencial en instituciones de salud colombianas en el periodo 2017 al 2021*, se desarrollaron los objetivos 3 y 4, los cuales se enfocaron en establecer las estrategias de afrontamiento y apoyo del supervisor, la institución, los compañeros de trabajo y la defensa jurídica, con el propósito de elaborar una guía de respuesta para instituciones de salud en algunas regiones colombianas. Para este fin, se empleó un enfoque cualitativo, apoyado en una metodología como el metaplan para la identificación de estrategias de afrontamiento, apoyo y defensa jurídica de la segunda víctima (37)–(45), el consenso de expertos y el método Delphi para la validación de la guía (46)–(48). Todas han sido validadas en el contexto de la salud y para la elaboración de instrumentos y guías.

Identificación de estrategias de afrontamiento y defensa jurídica para la elaboración de la guía

Para hacer la identificación de las estrategias de afrontamiento y defensa jurídica de las segundas víctimas que se pudieran implementar en Colombia para la atención de este fenómeno, se convocó a actores clave del sistema de salud como personal que interviene en los procesos de seguridad del paciente en instituciones prestadoras de servicios de salud, representantes y líderes de colegios profesionales, expertos internacionales y nacionales en seguridad del paciente, profesionales de la salud, representantes e instituciones de educación superior que ofrecen programas de ciencias de la salud, abogados y asesores de las áreas jurídicas de IPS y de colegios o asociaciones profesionales, con el fin de recoger sus opiniones, recomendaciones y planes de acción sugeridos. Se utilizó el método de moderación grupal denominado metaplan.

El metaplan es una técnica cualitativa participativa que se utiliza con el fin de dar solución a problemas por medio de la visualización de preguntas orientadoras para la definición de objetivos, soluciones, recomendaciones y planes de acción (37)–(45).

Los pasos para desarrollar esta técnica son

1. Formulación el tema central a través de una pregunta.
2. Cada participante da respuesta a la pregunta de manera anónima.
3. El moderador recoge las respuestas y las organiza en subtemas por similitud, para dividir el grupo general por los subtemas definidos.
4. Discusión en cada uno de los subgrupos para seleccionar y organizar las respuestas.
5. Redacción de las recomendaciones por cada subgrupo.
6. Discusión general de los resultados de los subgrupos.
7. Definición de conclusiones y acciones de mejoramiento en orden de importancia de acuerdo con la pregunta general.

La convocatoria de los participantes buscó contar con representantes de las diversas regiones del país, incluyendo las regiones Andina, Caribe y Pacífica. Los convocados participaron en reuniones virtuales empleando la plataforma Google Meet. Fueron organizados en grupos espejo con perfiles pareados. Posteriormente, se empleó la herramienta Padlet en la que se iban realizando las preguntas a los participantes con su respectiva pregunta racimo y se crearon tres grupos con su respectivo espejo (total de seis grupos), y un solo grupo para el área jurídica, que no se pudo parear por la dificultad de los perfiles solicitados. Las reuniones se dieron de manera simultánea para comparar las respuestas de ambos grupos en cada sesión.

Características de los participantes

Para definir los participantes, se realizó un muestreo intencionado a conveniencia. La población convocada a participar en la metodología es definida en la *tabla 1*.

Tabla 1. Actores del sistema de salud convocados a participar en el Metaplan

Institución	Participante	Número de participantes
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)	Gerentes de instituciones de las regiones Andina, Caribe y Pacífico.	3
	Miembros de las áreas administrativas encargados del programa de seguridad del paciente y/o del área de calidad por región (Andina, Caribe y Pacífico).	6
	Representantes del talento humano en salud de diferentes niveles de formación (técnico, tecnólogo, profesional) de las regiones Andina, Caribe y Pacífico	31
Colegios profesionales	Representante de los colegios profesionales de áreas tecnológicas y profesionales en salud de las diferentes regiones del país.	6
Ministerio de Salud y Protección Social	Representantes de las áreas de regulación y gestión de la calidad en salud	2
Instituciones educativas con programas en salud	Representantes de programas de formación técnica, tecnológica y profesional de las diferentes regiones Andina, Caribe y Pacífico	7
Expertos internacionales	Expertos internacionales en el tema de segundas víctimas, representantes de The European Researchers' Network Working on Second Victims y Red Iberoamericana de Conocimiento en seguridad del paciente	4
Expertos nacionales	Coordinadores o líderes de programas de seguridad del paciente de las diferentes regiones del país	3
Área jurídica de IPS	Representantes del área jurídica de las IPS en las regiones Andina, Caribe, Pacífico.	6
Asesores o consultores jurídicos	Representantes de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y reanimación (SCARE)	2
Instituciones educativas con programas de derecho	Docente de programa de derecho	1

Fuente: elaboración propia

7 Plan de análisis

Posterior a la implementación de Metaplan, se organizó la información por cada uno de los grupos participantes, codificando la información por categorías y subcategorías preestablecidas y emergentes, para este fin se utilizó una matriz de Excel. Después del análisis por grupos, se definieron las categorías y subcategorías definitivas realizando un consolidado de las estrategias de apoyo para la segunda víctima, que fueron revisadas por expertos nacionales e internacionales miembros del equipo y externos, quienes aprobaron y dieron sugerencias frente a estas.

Diseño de las estrategias para la guía de afrontamiento y apoyo a segunda víctima (consenso de expertos y creación de guías)

Para la construcción de la *Guía de respuesta en la atención de segundas víctimas en instituciones de salud colombianas*, se utilizó la técnica de consenso de expertos, para lo cual se siguió el procedimiento que se describe a continuación. A partir de la información recolectada en el metaplan, se elaboró un primer borrador de la guía a fin de someterlo a un experto internacional miembro del grupo, un experto jurídico y un académico en el área, para recibir sus observaciones, correcciones y sugerencias. Luego, el equipo del estudio recogió las observaciones. Posteriormente, se realizó una sesión de consenso a la que asistieron los expertos y el equipo del estudio de manera virtual, para discutir el borrador dos y establecer los acuerdos y consensos finales entre los participantes.

Validación de la guía (método Delphi)

Para la validación del consenso de expertos en el proceso de elaboración de la guía, se empleó el método Delphi, para lo cual se construyó un formulario de Google Docs (<https://forms.gle/exJnzrowTy6SvvZG7>) con las preguntas que permitieron conocer las opiniones, sugerencias y valoraciones de un nuevo grupo de expertos a la guía elaborada (tabla 2). Los expertos recibieron la guía propuesta y el enlace al formulario de preguntas vía correo electrónico.

Se realizaron dos rondas de validación: en la primera ronda se evaluó y validó la redacción, aspectos faltantes, organización, presentación de contenido, pertinencia, utilidad y factibilidad de la implementación de la guía. Por último, se dieron a conocer los resultados de la primera ronda a los participantes, en

Tabla 2. Formulario de validación

Dimensión	Pregunta	Categorías de respuesta
Redacción	¿Considera usted que la guía se encuentra con una adecuada redacción?	1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo / ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Totalmente en desacuerdo
En desacuerdo	Si está en desacuerdo, mencione por qué	NA
Observaciones redacción	En este espacio puede dejar sugerencias y/o observaciones sobre la redacción para la guía	NA
Organización y presentación de contenidos	¿Considera usted que la guía se presenta con una adecuada organización y presentación de contenidos?	1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo / ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Totalmente en desacuerdo
En desacuerdo	Si está en desacuerdo, mencione por qué	NA
Observaciones a organización y presentación de contenidos	En este espacio puede dejar sugerencias y/o observaciones sobre la organización y presentación de contenidos para la guía	NA
Aspectos faltantes	¿Considera usted que la guía presenta aspectos faltantes?	1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo/ ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Totalmente en desacuerdo
En desacuerdo	Si está en desacuerdo, mencione por qué	NA
Observaciones aspectos faltantes	En este espacio puede dejar sugerencias y/o observaciones sobre los aspectos faltantes para la guía	NA
Utilidad	¿Considera usted que la guía es útil para dar respuesta al fenómeno de las segundas víctimas en una institución de salud?	1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo/ ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Totalmente en desacuerdo

Dimensión	Pregunta	Categorías de respuesta
En desacuerdo	Si está en desacuerdo, mencione por qué	NA
Observaciones utilidad	En este espacio puede dejar sugerencias y/o observaciones sobre la utilidad para la guía	NA
Factibilidad	¿Considera usted que es posible la implementación de la guía para dar respuesta al fenómeno de las segundas víctimas en una institución de salud?	1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo/ ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Totalmente en desacuerdo
En desacuerdo	Si está en desacuerdo, mencione por qué	NA
Observaciones factibilidad	En este espacio puede dejar sugerencias y/o observaciones de factibilidad para la guía	NA
Pertinencia	¿Considera usted que la guía es coherente con las necesidades del fenómeno de las segundas víctimas en una institución de salud?	1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. Ni de acuerdo/ ni en desacuerdo 4. En desacuerdo 5. Totalmente en desacuerdo
En desacuerdo	Si está en desacuerdo, mencione por qué	NA
Observaciones pertinencia	En este espacio puede dejar sugerencias y/o observaciones sobre pertinencia para la guía	NA
Observaciones	En este espacio puede dejar sugerencias y/o observaciones generales para la guía	NA

Fuente: elaboración propia

relación con aspectos en los que estuvieron de acuerdo, aspectos en desacuerdo y ajustes sugeridos a la guía de acuerdo con los ítems de la primera ronda. Se presentaron las mismas preguntas de la primera ronda (formulario) y se realizó una reunión de consenso virtual empleando la plataforma Google Meet para lograr acuerdos finales y la validación de la guía.

Características de los participantes

Los convocados a participar en esta validación se definieron empleando un muestreo intencionado a conveniencia y se describen en la *tabla 3*.

➤ Plan de análisis

Se realizó un análisis descriptivo, mediana de puntuaciones obtenidas e inferencial para obtener la calificación frente a la guía y su validación. En los casos en los que no se encontró diferencia estadísticamente significativa, se interpretó como consenso entre los expertos y el ítem evaluado se consideró válido.

Tabla 3. Población y muestra convocada para el consenso de expertos

Institución	Representante	Número de participantes
IPS	Representante de la alta gerencia de cualquier nivel de atención	1
	Representante del talento humano en salud en cualquiera de las 4 categorías del área asistencial: tecnólogo, técnico, profesional o auxiliar por región (Andina, Caribe y Pacífico).	1
Experto en psicología	Profesional en psicología	1
Secretaría de Salud de Bogotá	Representante de autoridad sanitaria a nivel nacional o local	1
Expertos internacionales en segundas víctimas	Representante de COST- ERNTS (The European Researchers' Network Working on Second Victims) y Red Iberoamericana de Conocimiento en Seguridad del Paciente Nodo Perú	2
Representante de programas de seguridad del paciente o calidad de IPS	1 (uno) representante por región (Andina, Caribe y Pacífico)	1
Experto en área jurídica	Un experto en área jurídica o legal con formación en derecho y experiencia en el sector salud	1
Academia	Un representante de instituciones educativas en programas de salud y experto en seguridad y salud en el trabajo	1

Fuente: elaboración propia

Consideraciones éticas

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y en relación con la situación del objeto del trabajo, en el que se observan actividades con el grupo objeto de estudio, se identifica que es una investigación sin riesgo.

Por otra parte, sin perjuicio de las actividades que en sí se desarrollarían dentro del marco de la estructura del trabajo, es necesario la inclusión dentro del objeto del estudio de la consecución de consentimientos informados (ver anexo 1) con base fundamental para el inicio de las actividades programadas. En el anexo se presenta el consentimiento informado empleado con los participantes en el metaplan y en el Delphi. En estos, el participante, al picar o dar clic en aceptar la participación en el formulario de Google docs., ya se considera su aprobación para ser incluido en el estudio, aunado a la aprobación del comité de ética de la Fundación Universitaria del Área Andina y de Clínicas Colsanitas S. A. De igual manera, los investigadores se comprometen a salvaguardar la reserva y confidencialidad de la información suministrada protegiéndola bajo estándares de seguridad informática.

Triangulación de la información

Para la definición de estrategias dentro de la guía, después del análisis por categorías y subcategorías y el consenso de expertos, se empleó la triangulación del uso de múltiples fuentes para lograr una mayor comprensión y validación a través de la convergencia de la información contenida en tres fuentes que permitieron la consolidación de las estrategias contenidas en la guía (49)–(56). En este sentido, la literatura ha propuesto diferentes tipos de triangulación (57):

- Triangulación de investigadores
- Triangulación de teorías
- Triangulación de métodos
- Triangulación de fuentes de datos

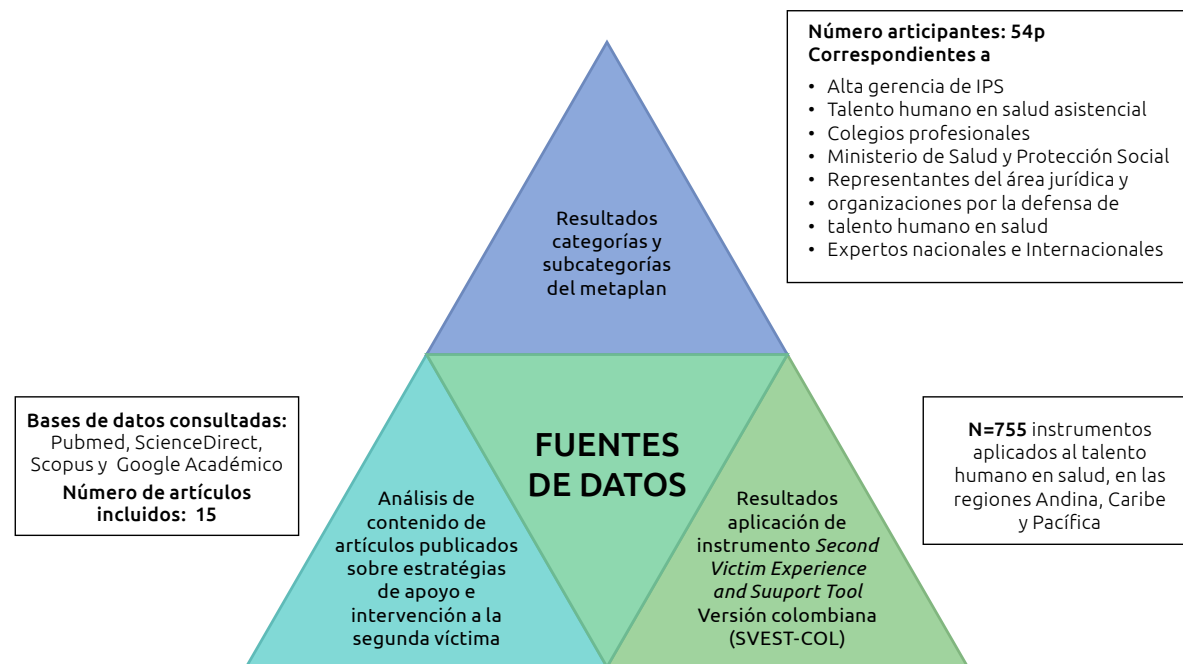
En el presente estudio, se empleó la triangulación de métodos, descrita por Denzin (57) en la que involucra la convergencia de diferentes elementos. Estos tres puntos de fuentes de datos están relacionados entre sí. Cada punto de datos representa fuentes de un mismo evento, lo que favorece la identificación de puntos de encuentro en diferentes escenarios.

En este sentido, la triangulación por fuentes de datos para la elaboración de la guía se basó en tres tipos de fuentes (figura 2): la primera correspondió a un *análisis de contenido* de los artículos publicados en bases de datos como Pubmed, Scopus y Science Direct y Google Académico. Se emplearon descriptores como Mesh, Desc y lenguaje libre acerca de las estrategias mundiales de apoyo e intervención para las segundas víctimas. Estas se sistematizaron en una matriz de análisis, realizada en el marco de trabajo de grado de estudiantes vinculados al proyecto. La segunda fuente de datos correspondió a los resultados del *análisis de categorías y subcategorías emergentes del metaplan* descrita en el apartado de metodología (anexo 2).

Por último, los resultados de la *Herramienta de apoyo y experiencia de la segunda víctima* (Second Victim Experience and Support Tool - versión colombiana, —SVEST-COL—) fueron la tercera fuente de datos. En este punto, se utilizaron las dimensiones: 5. Apoyo institucional y 10. Formas de apoyo deseadas, aplicado al talento humano en salud en las regiones Andina, Caribe y Pacífica de Colombia trabajadores en el área asistencial en instituciones de salud de diferentes niveles de complejidad en el país.

En consecuencia, el ejercicio de triangulación en el que se evaluó la convergencia entre los tres tipos de fuentes de datos para identificar desde diferentes ópticas las estrategias de apoyo e intervención al fenómeno de la segunda víctima en instituciones de salud permitió la triangulación entre métodos mixtos que presentan múltiples beneficios como favorecer datos más enriquecidos, capacidad para alcanzar la saturación de datos fácilmente y una presentación más completa de los resultados del estudio (57).

Figura 2. Fuentes de datos empleadas para la triangulación de la información



Fuente: elaboración propia

En la *tabla 4*, se presentan los resultados de cada fuente y la conclusión del ejercicio de triangulación.

Análisis y conclusiones de la triangulación

A lo largo del texto se ha mostrado un ejercicio de triangulación de tres fuentes de datos (metaplan en el que participaron 54 personas entre expertos nacionales, talento humano en salud, miembros de colegios profesionales, organizaciones encargadas de la defensa jurídica y abogados, gerentes de instituciones de salud, responsables de programas de seguridad del paciente, entre otros; 755 participantes correspondiente a talento humano en salud (auxiliares, técnicos, tecnólogos y profesionales) involucrados en la atención directa a pacientes de tres regiones colombianas (Andina, Pacífica y Caribe), y la revisión de análisis de contenido de 14 artículos publicados sobre estrategias de apoyo a la segunda víctima en el mundo.

En este sentido, en la técnica metaplan se encontraron categorías y subcategorías relacionadas con gestión del conocimiento, fortalecimiento de capacidades, soporte psicológico y bienestar del trabajador, documentación de procesos, cultura organizacional en seguridad del paciente, espacios institucionales para el paciente, talento humano en salud y su red de apoyo, asignación de recursos, salud laboral, orientación y apoyo jurídico, atención y apoyo integral a la segunda víctima, normatividad y trabajo intersectorial (ver anexo 2).

En estos hallazgos, se priorizaron acciones y estrategias orientadas al apoyo psicosocial a la segunda víctima, al apoyo por pares, a una cultura no punitiva ante la presentación del evento adverso, al apoyo de la alta dirección de las instituciones, al soporte y orientación jurídica asignada por la institución al talento humano en salud tras un evento adverso, a la generación de protocolos de actuación y apoyo a la segunda víctima, a la asignación de recursos para la implementación de programas, a la formación del talento humano en salud en el tema de segundas víctimas y en el desarrollo de habilidades para enfrentar estas situaciones. Vale la pena recalcar que estas estrategias fueron descritas por los participantes con mayor frecuencia.

Por otra parte, en la aplicación del instrumento *Second victim experience and support tool* versión colombiana (SVEST-COL), en las dimensiones: 5. Apoyo institucional y 10. Formas de apoyo deseadas, se encontró que el 43,4% de los encuestados se encuentran de acuerdo con que en sus instituciones entienden que los involucrados en un evento adverso requieren de apoyo para procesar los efectos de esta situación. De igual manera, se encuentran de acuerdo con

Tabla 4. Resultado de triangulación entre fuentes de datos para elaboración de la guía

Resultados del Metaplan (n=54)		Dimensión	Second Victim Experience Version Colombiana,		and Support Tool (SVEST-COL) (n=755)			Análisis de contenido (n=12)	
Pregunta	Categorías		Pregunta		Categoría	n	%	Referencia	Estrategias
Pregunta central No 1: ¿Qué estrategias consideran que las instituciones prestadoras de servicios de salud deben implementar para abordar el fenómeno de la segunda víctima?	1. Gestión del conocimiento y fortalecimiento de capacidades	Apoyo institucional	5.1 Mi institución entiende que los involucrados (as) en eventos adversos pueden necesitar ayuda para procesar y resolver los efectos que puedan tener sobre los trabajadores de la salud		1- Totalmente en desacuerdo	71	9,40	Wade, L., Fitzpatrick, E., Williams, N., Parker, R., & Hurley, K. F. (2022)(58)	Programas de educación proactiva del personal:
	2. Soporte psicológico y bienestar del trabajador				2- En desacuerdo	90	11,92		
					3- Ni de acuerdo ni en desacuerdo	131	17,35		
					4- De acuerdo	328	43,44		
	3. Documentación de procesos		5.2 Mi institución ofrece una variedad de recursos para ayudarme a superar los efectos de mi participación en el evento adverso		1- Totalmente en desacuerdo	83	10,99		Nombre del programa: Code Lavender: Holistic Rapid: (Estados Unidos) Estrategias orientadas a apoyo emocional al paciente, familiares, y personal hospitalario a través de un equipo de respuesta interdisciplinario Oferta de servicios de masaje, cuidado espiritual, reiki, entre otros
	4. Cultura organizacional/ seguridad del paciente				2- En desacuerdo	99	13,11		
					5. Espacios institucionales	3- Ni de acuerdo ni en desacuerdo	169		
6. Espacios para el paciente y su familia	7. Asignación de recursos:	4- De acuerdo	288	38,15		For you: (Estados Unidos): Estrategias orientadas a un sistema de respuesta rápida disponible 24/7 para el equipo de salud. Modelo de soporte que integrara 3 niveles, apoyo local orientado a promover la identificación y la conciencia de las S.V. (nivel 1), apoyo por compañeros capacitados (Nivel 2) y acceso a servicios profesionales (Nivel 3).			
		5- Totalmente de acuerdo	116	15,36					
Pregunta 2: ¿Cuáles son las estrategias/ acciones que realiza la institución para el manejo de estrés agudo en el trabajador de salud ante la ocurrencia de un evento adverso?	1. Espacios para el paciente y su familia	5.3 El concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en el evento adverso no es muy fuerte en mi institución.		1- Totalmente en desacuerdo	85	11,26	Healing Beyond Today (Estados Unidos): Estrategia orientada al apoyo a los trabajadores en la transición de regreso al trabajo con asistencia obligatoria y extendido a todo el personal		
				2- En desacuerdo	175	23,18			
								MITSS and the peer support service (PSS) (Estados Unidos): Estrategia fundamentada en el modelo de respuesta rápida 24/7. El programa es de acceso voluntario no se encuentra relacionado al área de calidad, el apoyo se brinda de manera personalizada y puede realizarse de manera telefónica, incluye asesoramiento formal y una lista de recursos para la segunda víctima	
								CISS Manager toolkit (Canadá): Consiste en un kit de herramientas que incluyen listas de verificación y documentación para gerentes que dan respuesta a incidentes de alta complejidad disponible en dos categorías pre incidente y pos incidente	
								RISE (Estados Unidos): Consiste en un equipo multidisciplinario que brinda apoyo a la segunda víctima disponible 24/7. El primer apoyo se debe brindar a 30 min de ocurrido el evento y se concreta seguimiento grupal o individual brindando inicialmente primeros auxilios psicológicos y herramientas de apoyo a la segunda víctima	

Fuente: elaboración propia

Continúa...

Tabla 4. Resultado de triangulación entre fuentes de datos para elaboración de la guía (continuación).

Resultados del Metaplan (n=54)		Dimensión	Second Victim Experience Version Colombiana,		and Support Tool (SVEST-COL) (n=755)			Análisis de contenido (n=12)	
Pregunta	Categorías		Pregunta		Categoría	n	%	Referencia	Estrategias
Pregunta 2: (Cont.) ¿Cuáles son las estrategias/ acciones que realiza la institución para el manejo de estrés agudo en el trabajador de salud ante la ocurrencia de un evento adverso?	2. Atención y apoyo integral	Apoyo institucional (Cont.)	5.3 El concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en el evento adverso no es muy fuerte en mi institución. (Cont.)		3- Ni de acuerdo ni en desacuerdo	193	25,56	Wade, L., Fitzpatrick, E., Williams, N., Parker, R., & Hurley, K. F. (2022)(58) (Cont.)	SWADDLE(Estados Unidos): La estrategia brinda primeros auxilios psicológicos y redireccionamiento de la segunda víctima a otros servicios dependiendo de los hallazgos iniciales , se fundamenta en el modelo de 3 niveles de apoyo al talento humano en salud de Susan Scott, además de acciones orientadas a educación preventiva, rondas de resiliencia, entre otros recursos.
	3. Salud laboral				4- De acuerdo	224	29,67		USVIC: (España): La unidad de apoyo está conformada por un equipo interdisciplinar conformado por bio eticista, profesionales de enfermería, psicólogo y un abogado. En este se brinda apoyo legal, psicológico y médico, cuenta con un equipo de respuesta rápida, estrategia de apoyo por pares y jefes, apoyo telefónico y análisis del evento ocurrido.
	4. Documentación			Formas de apoyo deseadas	10.1 Desearía tener la posibilidad de irme de mi unidad/servicio durante un corto periodo luego de sucedido un evento adverso		1- No deseado		306
	5. Espacios institucionales		2- Poco Deseado			115	15,23		You Matter: (Estados Unidos): Es un programa disponible 24/7, fundamentada en el modelo de apoyo de 3 niveles de Scott, incluye una serie de recursos como sitio web, reuniones, material de apoyo entre otros.
	6. Redes de apoyo		3- Ni deseado ni no deseado			127	16,82		
			4- Deseado			162	21,46		
		5- Muy deseado	45			5,96	CISMP Of the Firts Nations and Inuit Health Branch:El programa cuenta con apoyo en salud mental disponible 24/7 a través de coordinadores y vía telefónica , que permiten identificar en primera instancia la necesidad de apoyo a la segunda , con alrededor de 8 sesiones en las semanas siguientes al evento y si se requiere de un apoyo adicional pasadas estas sesiones puede acceder a apoyo con psicología siendo asumidos los costos por el programa		
	7. Orientación y apoyo jurídico	10. 2 Desearía tener en mi institución, un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras un evento adverso		1- No deseado	55	7,28			Otros programas y estrategias como: Provider support group (Estados Unidos), After the event: care provider recovery toolkit(Estados Unidos), physians insurance peer support program (Estados Unidos), care for the providence peer support team (Estados Unidos), When things go wrong (Estados Unidos),Resident wellness curriculum , second victim curriculum for nurse anesthetist (Estados Unidos): orientados al apoyo emocional y psicológico, apoyo por pares , inclusión en el curriculum de formación el componente de segundas víctimas y estrategias de apoyo, kit de herramientas virtuales y documentales para la segunda víctima, conformación de protocolos de asistencia, y apoyo por pares y personal especializado, al igual que uso de soporte inmediato por pares de manera presencial o telefónico
				2- Poco deseado	68	9,01			
		3- Ni deseado ni no deseado	112	14,83					

Tabla 4. Resultado de triangulación entre fuentes de datos para elaboración de la guía (continuación).

Resultados del Metaplan (n=54)		Dimensión	Second Victim Experience Version Colombiana,		and Support Tool (SVEST-COL) (n=755)			Análisis de contenido (n=12)	
Pregunta	Categorías		Pregunta		Categoría	n	%	Referencia	Estrategias
Pregunta 3: ¿Cuáles son las acciones que recomendaría para brindar primeros auxilios psicológicos y/o emocionales al trabajador que ha participado en un evento adverso?	1. Atención y apoyo integral	Formas de apoyo deseadas (Cont.)	10. 2 Desearía tener en mi institución, un lugar tranquilo y específico que esté disponible para recuperarme y recomponerme tras un evento adverso (Cont.)		4- Deseado	370	49,01	Andresa Gomes, Bárbara Peres, Zélia Fernanda da Freria, Geisa Colebrusco de Souza Gonçalves, Regimar Carla Machado y Elena Bohomol (2022) (59)	Reporta 8 estudios con estrategias de apoyo a las segundas víctimas que incluyen: • Soporte emocional y psicológico inmediato y de seguimiento Apoyo por pares, supervisores y alta gerencia • Educación preventiva y gestión del riesgo • Apoyo y orientaciones de tipo legal • Estrategias de comunicación tras un evento adverso Procesos documentados de identificación de impactos negativos en la segunda víctima Provisión de recursos y herramientas de apoyo a la segunda víctima y de carácter preventivo Conformación de programas de apoyo a la segunda víctima que incluyen rutas de apoyo, recursos y son liderados por la alta gerencia
				5- Muy deseado	150	19,87			
	2. Documentación		10.3 Desearía contar con un compañero (a) al cuál le pueda comentar los detalles de lo sucedido tras un evento adverso.		1- No deseado	38	5,03	C. Rinaldi, F. Leigheba, K. Vanhaecht, C. Donnarummaa y M. Panellaa(2016) (60)	El estudio presenta resultados de entrevistas realizadas al talento humano en salud en las que se cuestiona sobre cómo se enfrentó el evento adverso, se resalta la importancia de implementar estrategias como: un abordaje inmediato a la segunda víctima con apoyo por pares, supervisor, la familia o red de apoyo , psicólogo financiado por la institución, evitar ambientes punitivos, respeto por la privacidad y confidencialidad de la segunda víctima, realización de mayor difusión y educación preventiva orientada al talento humano en salud asistencial en torno al tema
3. Salud laboral					2- Poco deseado	51	6,75	Hanan Edrees, Cheryl Connors, Lori Paine, Matt Norvell, Henry Taylor, Albert W Wu (2016)(61)	Programa creado en el Johns Hopkins Hospital denominado RISE (<i>Resilience In Stressful Events</i>) que incluye: • Conformación de un equipo líder conformado por 5 miembros • Entrenamiento a empleados voluntarios dentro del hospital para el apoyo a las segundas víctimas 24/7, apoyo a través teléfono, diseño documental que incluyen políticas y procedimientos para la atención de la SV, herramientas de evaluación y otros recursos , sesiones de una hora de apoyo a la S.V., primeros auxilios psicológicos para identificación de impactos negativos y seguimiento a la segunda víctima
Pregunta 4: ¿Cómo podría aportar el Ministerio de Salud y los Colegios Profesionales para fortalecer las capacidades institucionales y profesionales para el afrontamiento del fenómeno de la segunda víctima?	1. Fortalecimiento de capacidades				3- Ni deseado ni no deseado	111	14,70	Isolde M. Busch, Francesca Moretti, Marianna Purgato, Corrado Barbui, Albert W. Wu, y Michela Rimondini (2020) (62)	Describe estrategias de afrontamiento de la segunda víctima frente al evento adverso en un metaanálisis, encontrando: Necesidad de pedir disculpas al paciente frente al hecho, manejo emocional, comunicar el evento adverso al paciente y red de apoyo e implementación de políticas y programas de apoyo que contemplen el apoyo emocional y psicológico y los ítems mencionados anteriormente.
	2. Implementación				4- Deseado	426	56,42	M.J. Bueno Domínguez, M. Briansó Florencio, L. Colomé Figuera, E. Prats Alonso (2016) (63)	Experiencia de unidad de soporte a las segundas víctima USVIC): Es una unidad de apoyo a la segunda víctima conformada por un equipo multidisciplinario: médico, enfermeras, psicología , abogado, incluyendo dentro de las funciones de la unidad: apoyo a talento humano en salud en situaciones complejas, apoyo psicológico a la SV ,apoyo médico ante presentación de efectos físicos en la S.V. , orientación jurídica , apoyo en la información y comunicación al paciente y su red apoyo después de un evento adverso

Tabla 4. Resultado de triangulación entre fuentes de datos para elaboración de la guía (continuación).

Resultados del Metaplan (n=54)		Dimensión	Second Victim Experience Version Colombiana, and Support Tool (SVEST-COL) (n=755)				Análisis de contenido (n=12)		
Pregunta	Categorías		Pregunta	Categoría	n	%	Referencia	Estrategias	
Pregunta 4: (Cont.) ¿Cómo podría aportar el Ministerio de Salud y los Colegios Profesionales para fortalecer las capacidades institucionales y profesionales para el afrontamiento del fenómeno de la segunda víctima?	3. Seguimiento	Formas de apoyo deseadas (Cont.)	10.3 Desearía contar con un compañero (a) al cuál le pueda comentar los detalles de lo sucedido tras un evento adverso. (Cont.)	5- Muy deseado	129	17,09	Ruby Marr1, Anupama Goyal, Martha Quinn y Vineet Chopra(2021)(64)	Establece las necesidad de creación de programas de atención a las segundas víctimas en donde se priorice: apoyo directo y presencial a la segunda víctima por parte de voluntarios y pares entrenados en la atención a segundas víctimas, cambios estructurales en la organización para la implementación del programa, respaldo y liderazgo de la alta gerencia, cultura y política no punitiva que enfrente desafíos como la baja solicitud de apoyo por parte de los profesionales de la salud debido a la presencia de cultura punitiva en las organizaciones	
	4. Gestión del conocimiento/normatividad		10.4 Desearía contar con un programa de ayuda y asistencia al trabajador (a) que pueda proporcionarme asesoramiento gratuito fuera del ámbito laboral tras un evento adverso	1- No deseado	24	3,18	Quadrado ERS, Tronchin DMR, Maia FOM.(2021)(65)	Se establecieron en esta revisión 4 tipos de estrategias para el apoyo a la segunda víctima en las que se incluyen: programas/servicios, guías, herramientas e intervenciones. Estas pueden estar presentes en simultánea en las instituciones y deben proveer de una serie recursos de apoyo a la segunda víctima como son: apoyo psicológico y emocional inmediato y de seguimiento, apoyo legal, apoyo por pares y supervisores, comunicación del evento adverso, conformación de equipos multidisciplinarios de apoyo, uso de recursos web y documentación de procesos de intervención y apoyo, al igual que rutas de atención	
	5. Acompañamiento jurídico			2- Poco deseado	27	3,58	Reinhard Strametz, Johannes C. Fendel, Peter Koch, Hanna Roesner, Max Zilezinsky, Stefan Bushuven y Matthias Raspe (2021)(66)	En este estudio se evaluó la importancia de implementar estrategias de apoyo a la segunda víctima como: tiempo para recuperarse. Acceso a consejería psicológica y/o psiquiátrica, oportunidad para discutir y hablar sobre sus emociones y dilemas éticos frente al Evento adverso, apoyo por pares, apoyo emocional, intervención en crisis, orientaciones y apoyo para continuar laborando, apoyo para comunicarse con el paciente, entre otros	
					3- Ni deseado ni no deseado	72	9,54	Xin Zhang P, Qiuyang Li, Yushuai Guo, Shih-Yu Lee (2019)(67)	Reporta la importancia del apoyo a la S.V. por parte del supervisor, compañeros y familia
					4- Deseado	456	60,40		
Pregunta 5: ¿Cómo incluir/vincular el fenómeno de la segunda víctima en la política nacional y las normas vigentes para que se aborde desde las competencias de cada uno de los actores del sistema de salud?	1. Normatividad			5- Muy deseado.	176	23,31	Maria Kappes, Marta Romero-García, Pilar Delgado-Hito (2021) (68)	La revisión resalta estrategias para el afrontamiento de la segunda víctima como: Implementación de programas de apoyo a la segunda víctima institucionales 24/7, apoyo por pares, sistemas de comunicación para comunicar el evento adverso al paciente y su red de apoyo, implementar comunicación y cultura no punitiva y desarrollo de herramientas en línea para el apoyo a la segunda víctima todo liderado por la alta gerencia de las instituciones de salud	
	2. Formación desde instituciones de educación superior								
	3. Sistema de Calidad								

Continúa...

Tabla 4. Resultado de triangulación entre fuentes de datos para elaboración de la guía (continuación).

Resultados del Metaplan (n=54)		Dimensión	Second Victim Experience Version Colombiana,		and Support Tool (SVEST-COL) (n=755)			Análisis de contenido (n=12)	
Pregunta	Categorías		Pregunta		Categoría	n	%	Referencia	Estrategias
<p>Pregunta 5: (Cont.) ¿Cómo incluir/vincular el fenómeno de la segunda víctima en la política nacional y las normas vigentes para que se aborde desde las competencias de cada uno de los actores del sistema de salud?</p>	4. Trabajo intersectorial	<p>Formas de apoyo deseadas (Cont.)</p>	10.5 Desearía tener una conversación abierta con mi jefe/supervisor tras el evento adverso		1- No deseado	24	3,18	<p>Liukka M, Steven A, Vizcaya Moreno MF, Sara-aho AM, Khakurel J, Pearson P, Turunen H, Tella S (2020) (69)</p>	<p>Esta revisión describe como los tipos de apoyo a las S.V. como son: apoyo informal y formal de tipo emocional y psicológico, apoyo entre pares, que puede ser individual o grupal, los programas deben tener disponibilidad 24/7, asesoramiento y apoyo frente a la divulgación abierta.</p>
					2- Poco deseado	34	4,50		
					3- Ni deseado ni no deseado	81	10,73		
					4- Deseado	443	58,68		
					5- Muy deseado.	173	22,91		
			10.6 Desearía tener la oportunidad de programar una cita con un psicoterapeuta en mi institución para comentar el evento adverso		1- No deseado	99	13,11		
					2- Poco deseado	88	11,66		
					3- Ni deseado ni no deseado	135	17,88		
					4- Deseado	311	41,19		
					5- Muy deseado	122	16,16		
			10.7 Desearía contar con un contacto de forma confidencial las 24 horas del día para analizar cómo mi experiencia podría estar afectándome.		1- No deseado	78	10,33		
					2- Poco deseado	77	10,20		
					3- Ni deseado ni no deseado	155	20,53		
					4- Deseado	326	43,18		
					5- Muy deseado	119	15,76		
							<p>Mira, J. Carrillo, I., Guilabert, M., Lorenzo, S., Pérez-Pérez, P., Silvestre, C., Ferrús, L.(2017)(70)</p> <p>El estudio implemento el programa en línea Mitigación del Impacto en Segundas Víctimas (MISE), fue creado por 15 expertos, acreditado por 26 gestores de seguridad del paciente de hospitales y 266 miembros del talento humano en salud, siendo valorado positivamente por su valor práctico y contenidos (88%) y fue valorado por el talento humano en salud con un puntaje de 8.8/10, demostrando que quienes participaron mejoraron sus conocimientos sobre seguridad del paciente y el apoyo a las segundas víctimas.</p>		
							<p>Mira, J. Carrillo, I., García, E., Campos de Andrade, D., Campos, P., León, A., Campos, E., Poblete, R., Limo, J., Siu, H., Y Sous, P. (2020)(71)</p> <p>Se evaluaron 37 acciones para el manejo de las segundas víctimas que incluían cultura de la seguridad del paciente, plan de crisis, comunicación al paciente y su red de apoyo, y apoyo a la segunda víctima. En este se encontró que las acciones más implementadas fueron los análisis de eventos en salud no punitivos, mientras que la información y comunicación al paciente y el apoyo a la segunda víctima fue el menos implementado.</p>		

que en sus instituciones el concepto de preocupación por el bienestar de los que se han visto implicados en un evento adverso no es muy fuerte (29,7%). Esta situación demuestra que, pese a que existe en sus instituciones, la segunda víctima requiere de apoyo para atravesar el proceso después de verse involucrado en un evento adverso. Probablemente, no hay mecanismos y herramientas de soporte que demuestren dicha preocupación por las instituciones para el apoyo al talento humano en salud en estas situaciones.

En este sentido, al evaluar las estrategias deseadas por parte del talento humano involucrado en un evento de seguridad del paciente, se encontró que todos desearían contar con la posibilidad de abandonar la unidad o el servicio durante un corto periodo para expresar sentimientos o emociones y reflexionar sobre lo ocurrido (21,5%). De la misma manera, desean contar con un espacio tranquilo en su institución para recuperarse una vez sucedido el evento (deseado: 49%, muy deseado: 19,9%).

Frente a intervenciones de apoyo resaltan la realizada por pares para comentar lo sucedido (deseado: 56,4%), la creación de un programa de ayuda y asistencia al trabajador con asesoramiento gratuito fuera del ámbito laboral (deseado: 60,4%, muy deseado: 23,3%). El apoyo por el supervisor (deseado: 58,7%, muy deseado: 22,9%), programar una cita con un psicoterapeuta (deseado: 41,2%, muy deseado: 16,1%) y contar con un contacto 24/7 para analizar la experiencia vivida (deseado: 43,2%, muy deseado: 15,8%). En suma, estas fueron las estrategias más comentadas por los participantes del estudio.

Por último, en los 12 estudios de carácter mundial revisados, se encontró que las estrategias más frecuentes reportadas son creación de un programa de apoyo integral a la segunda víctima, apoyo psicosocial, apoyo por pares, supervisor/jefe y por equipos multidisciplinarios, apoyo legal o jurídico, instauración de protocolos de comunicación directa con el paciente y su red de apoyo frente a la presentación de un evento adverso, generación de espacios para que el talento humano en salud pueda reflexionar sobre lo sucedido y expresar emociones, líneas de contacto o programas que funcionen en las instituciones las 24 horas los 7 días de la semana, junto con el apoyo de la alta dirección y la creación de herramientas y recursos documentales y multimedia para la consulta del talento humano como estrategia de prevención y difusión del fenómeno de la segunda víctima^{(58), (60), (63)-(65), (67)-(69), (72)}.

A partir de este análisis se encontraron coincidencias importantes en las tres fuentes que permitieron el desarrollo de recomendaciones y estrategias para la guía. Estas fueron agrupadas en cuatro categorías de estrategias documentadas en la triangulación, a partir de las tres fuentes de datos evaluadas:

- Estrategias gerenciales de apoyo a la segunda víctima
- Estrategias de atención integral centradas en las segundas víctimas
- Estrategias en el ámbito laboral/salud laboral
- Estrategias para generar un entorno de seguridad jurídica para clientes y talento humano en salud

En conclusión, las estrategias planteadas en las tres fuentes de datos coinciden de manera importante, pues son encaminadas inicialmente desde el apoyo directo de la alta gerencia y la generación de procesos y protocolos, junto con la asignación de recursos y el fomento de una cultura no punitiva en seguridad del paciente, que facilite y despliegue acciones dentro de toda la institución. Acto seguido, se pretende llegar a acciones encaminadas al apoyo integral de la segunda víctima que incorporen la prevención y las acciones requeridas en el momento inmediato a la presentación del evento adverso y a las acciones de seguimiento o posteriores a este.

De igual manera, se aboga por implementar acciones propias del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, ya que los múltiples impactos o efectos que vive la segunda víctima competen al componente de medición e intervención del riesgo psicosocial de los trabajadores de la salud al interior de las instituciones salud, que deben ser asumidas en el marco de este sistema acorde con la reglamentación existente en el país.

Por último, las estrategias para generar un entorno de seguridad jurídica para el talento humano en salud son fundamentales, debido a que, producto del evento adverso, se pueden generar demandas de tipo civil o penal contempladas en el marco legal colombiano, que deben ser abordadas de manera prioritaria para realizar la protección jurídica y el acompañamiento a la segunda víctima.

Guía de recomendaciones

Se presenta a continuación la guía de recomendaciones. Esta es resultado del análisis y conclusiones del proceso de triangulación entre las fuentes de datos utilizadas: resultados de las categorías y subcategorías del metaplan, análisis de contenido de artículos publicados sobre estrategias de apoyo e intervención a la segunda víctima, resultados aplicación de instrumento Second Victim Experience and Support Tool – Versión Colombiana, (SVEST–COL). Las recomendaciones que se proponen están orientadas hacia estrategias gerenciales, de apoyo integral en el ámbito laboral y estrategias para generar un entorno de seguridad jurídica.

Estrategias gerenciales de apoyo a la segunda víctima

Son aquellas que se diseñan desde el direccionamiento estratégico institucional y se aplican en todos los procesos y procedimientos para garantizar que el talento humano en salud cuente con programas de apoyo en el marco de una cultura institucional centrada en un enfoque propositivo, que analice y aborde los incidentes de seguridad dejando de lado lo punitivo. Ello debe acompañarse de documentación e instauración de procesos, protocolos y guías de atención y diseño de una plataforma estratégica, que contemple como parte estructural el programa de segundas víctimas.

Descripción de las estrategias

A continuación, se describen las estrategias gerenciales de apoyo a la segunda víctima que se recomiendan para ser implementadas en las instituciones de salud de cualquier nivel de complejidad:

➤ *Direccionamiento estratégico*

- ❑ Establecer un plan de capacitaciones periódicas financiadas con recursos institucionales o con el apoyo de organizaciones externas (universidades, colegios profesionales), en torno a la seguridad del paciente, las segundas víctimas y principios éticos en la atención en salud.
- ❑ Establecer alianzas estratégicas institucionales para el apoyo psicológico a la segunda víctima y afrontamiento de estrés postraumático.

- ❑ Diseñar e implementar programa de cultura de seguridad del paciente institucional que incluya medición de la cultura de manera periódica, evitar la cultura punitiva, análisis del evento adverso.
- ❑ Fortalecimiento de los procesos institucionales: comunicación efectiva, conocimiento y divulgación de la política de seguridad del paciente y paquetes instruccionales.
- ❑ Incluir dentro del direccionamiento y los objetivos estratégicos la política de seguridad del paciente, con un enfoque proactivo y de gestión del riesgo.
- ❑ Fortalecimiento y visibilización del compromiso de la alta gerencia en la implementación de la política de seguridad del paciente y la guía de respuesta a las segundas víctimas.
- ❑ Viabilizar la implementación de las barreras efectivas en los procesos de atención de acuerdo con las condiciones particulares de las instituciones.
- ❑ Implementar un comité de seguimiento frente a las segundas víctimas y evaluar el impacto en salud psicosocial, aspectos legales y profesionales con el apoyo y participación de la alta gerencia.
- ❑ Diseñar una ruta de atención integral para el talento humano en salud involucrado en un evento adverso, que se articule y lidere desde calidad, en conjunto con talento humano, el sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo.
- ❑ Generar estrategias de seguimiento y evaluación con el área de recursos humanos para el fortalecimiento de habilidades técnicas, actitudinales y psicológicas del talento humano en salud asistencial.
- ❑ Realizar mediciones de clima organizacional, de percepción de la seguridad y de apoyo administrativo a la segunda víctima.

➤ *Documentación*

- ❑ Elaborar políticas para la confidencialidad, no sanción, no revictimización frente al evento adverso del talento humano en salud.
- ❑ Elaborar un protocolo y ruta de atención ante la ocurrencia de un evento adverso que debe ser socializado en los procesos de inducción y reinducción del talento humano en salud.
- ❑ Documentar procedimientos administrativos para la comunicación al paciente y red de apoyo en caso de ocurrencia de incidentes y eventos adversos.

- ❑ Diseñar o implementar procedimientos de retroalimentación (*feedback*) positiva direccionados al talento humano en salud que notifican un evento adverso.

➤ **Fortalecimiento de capacidades**

- ❑ Celebrar sesiones clínicas para compartir experiencias relacionadas con la ocurrencia de eventos adversos y fomentar el aprendizaje compartido.
- ❑ Fomentar el “hablar claro” (*speaking up*) sobre la seguridad del paciente entre el talento humano en salud y otros profesionales en formación.
- ❑ Talleres de integración y desarrollo de habilidades blandas.
- ❑ Implementar acciones de desarrollo profesional y laboral.

➤ **Asignación recursos**

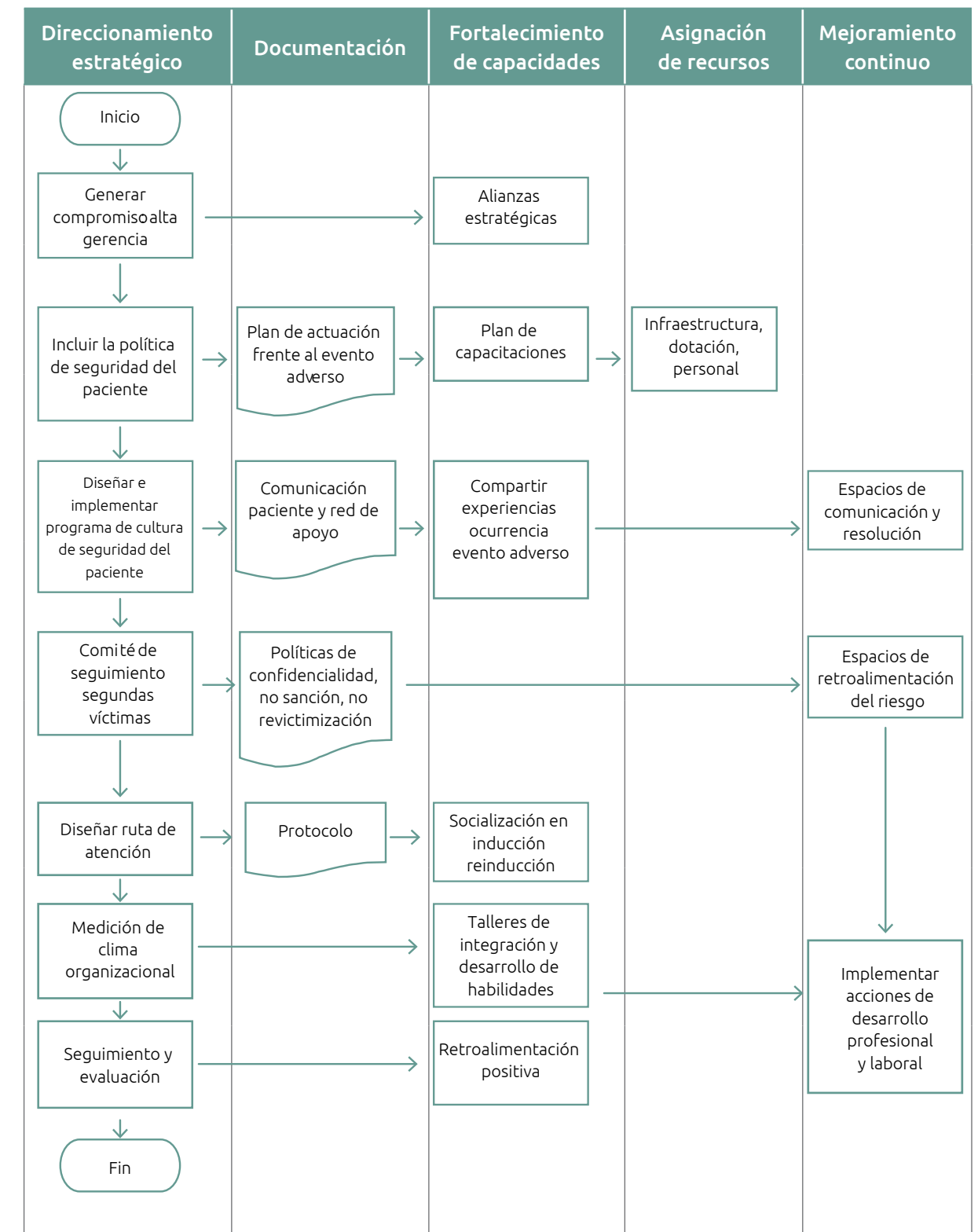
- ❑ Analizar las funciones establecidas en los cargos, con el fin de identificar posibles fuentes de sobrecarga laboral en el personal asistencial para prevenir cansancio y distracción.
- ❑ Asignación de recursos para capacitación de personal, bienestar del trabajador, infraestructura y dotación enfocados a las acciones de prevención, atención y seguimiento de las segundas víctimas.

➤ **Mejoramiento continuo**

- ❑ Plan de actuación ante la ocurrencia de un evento adverso, que incluya aprender de la experiencia de manera pedagógica.
- ❑ Generar espacios de comunicación y resolución entre las áreas para la socialización de las fallas o incidentes identificadas tanto por el equipo auditor de la institución como por los profesionales de salud y su equipo de trabajo.
- ❑ Generar espacios de retroalimentación continua frente al riesgo detectado semanalmente al interior de los servicios de salud.
- ❑ Establecer el número de máximo de pacientes por asignar al profesional de la salud de acuerdo con la criticidad de cada área (urgencias, hospitalización, Unidades de cuidado intensivo, pediatría, entre otras) del prestador de servicios de salud.

A continuación, se presenta el proceso para la implementación de las estrategias (figura 3).

Figura 3. Estrategias gerenciales de apoyo a la segunda víctima



Fuente: elaboración propia

Estrategias de atención integral centradas en las segundas víctimas

Las estrategias de atención integral corresponden a las acciones preventivas y de intervención (atención y seguimiento) dirigidas al talento humano en salud que tiene algún riesgo de ser o es segunda víctima.

Descripción de las estrategias

A continuación, se describen las estrategias dentro de esta categoría:

➤ *Antes*

- ❑ Formación en pautas sobre cómo actuar en relación con el paciente y su red de apoyo frente a la ocurrencia de un evento adverso.
- ❑ Determinar quién será el apoyo terapéutico para la segunda víctima (se sugiere que sea un experto en seguridad del paciente con formación en afrontamiento de crisis).
- ❑ Facilitar un espacio de confianza (sala de crisis) para la expresión y escucha del talento humano, sin juzgamientos, así como, para identificar las causas que contribuyeron al evento adverso sin presiones ni señalamientos.
- ❑ Diseñar acciones de sensibilización sobre prácticas seguras en seguridad del paciente orientadas a este y a su red de apoyo.
- ❑ Capacitación al personal de salud sobre gestión del riesgo, seguridad del paciente, barreras de seguridad.
- ❑ Diseñar e implementar programas de capacitación y sensibilización formales en las instituciones de salud, centradas en rutas de atención para la segunda víctima que incluyan al talento humano en salud, a la alta gerencia, a los supervisores y al personal administrativo.
- ❑ Mejorar y fortalecer los procesos de inducción al personal de salud, con énfasis en riesgos asociados a la atención en salud.
- ❑ Establecer un protocolo multidisciplinario para la identificación e intervención de la segunda víctima, para alcanzar un abordaje integral.
- ❑ Establecer el sociograma de las unidades o servicios para identificar qué miembros del equipo de salud son considerados por sus compañeros como las personas más idóneas para proporcionar apoyo ante un evento adverso.

- ❑ Generar un protocolo de comunicación abierta y transparente tras la presentación de un evento adverso, que permita la comunicación con el paciente y su familia o red de apoyo, dirigido por la alta gerencia y por el equipo de salud de la institución, en el que se indiquen funciones, momentos y orientaciones generales para pedir disculpas y orientar a la primera víctima sin vulnerar a la segunda víctima.
- ❑ Crear un equipo multidisciplinario para consejería profesional y psicoemocional de libre acceso para la segunda víctima.

➤ *Durante*

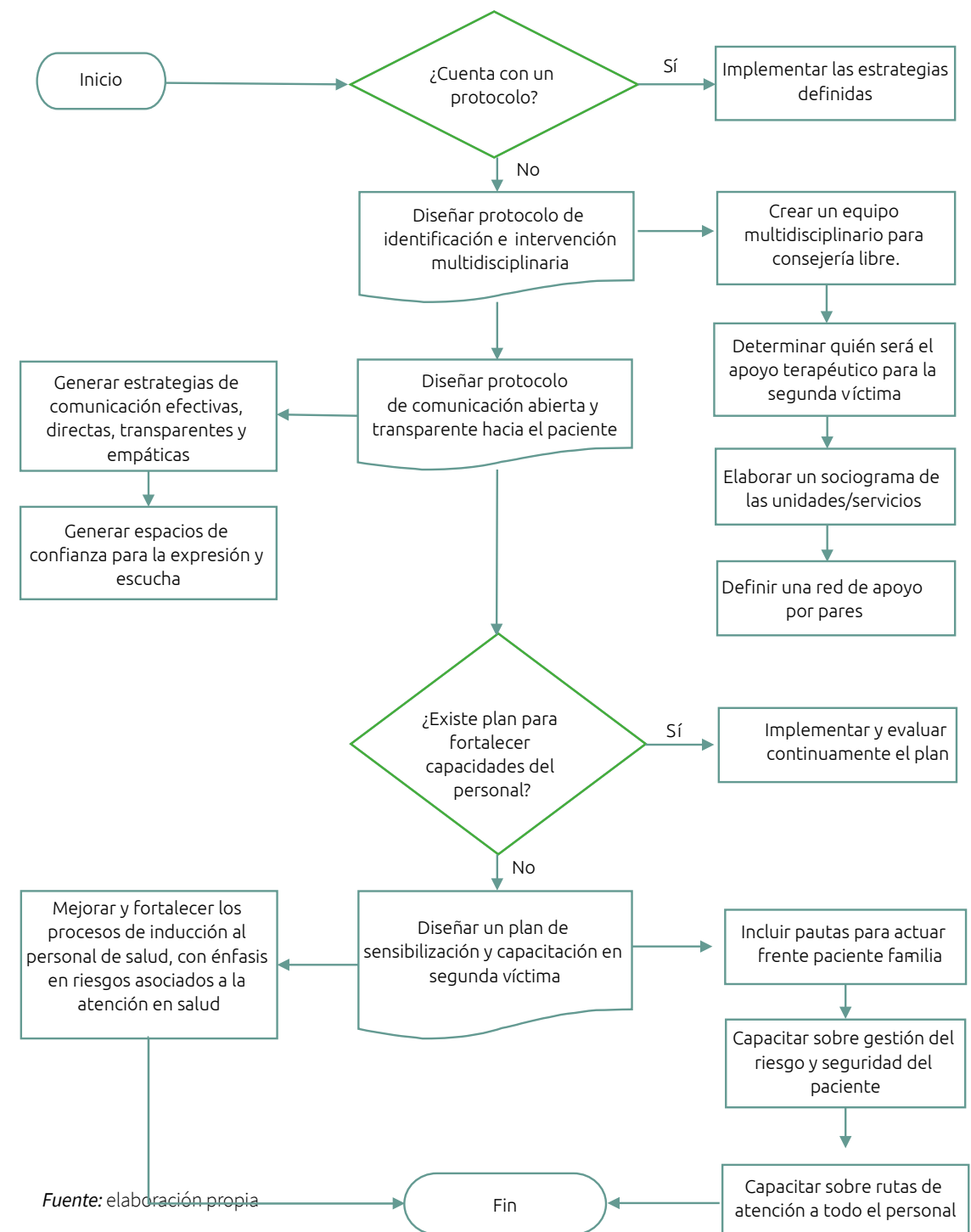
- ❑ Implementar una red de apoyo por pares con formación en escucha activa y capacidad para detectar necesidades de apoyo de nivel superior (p. ej. signos de trastorno de estrés postraumático).
- ❑ Implementar una línea de atención psicosocial con disponibilidad 24 horas de forma anónima, en la que el profesional pueda comunicar y expresar lo que siente frente a un evento adverso.
- ❑ Retirar de inmediato al talento humano implicado a un ambiente o espacio tranquilo en donde la segunda víctima pueda tener un espacio de reflexión y de expresión de sentimientos o emociones, resolución de dudas, acompañamiento y seguimiento.
- ❑ Brindar primeros auxilios emocionales y psicológicos a la segunda víctima inmediatamente después de que ocurra el evento adverso.
- ❑ Acceso a apoyo psicológico complementario y permanente (escucha y protección).
- ❑ Establecer acciones inmediatas para el control, reparación del daño y prevención del acoso laboral hacia el talento humano involucrado en un evento adverso.
- ❑ Implementar acciones de primeros auxilios y apoyo agudo al talento humano en salud involucrado en un evento adverso liderado por una unidad o programa institucional.
- ❑ Establecer una primera comunicación con el jefe inmediato o supervisor, o quien sea delegado para tal fin, con el objetivo de acompañar y apoyar a la segunda víctima e identificar las posibles necesidades de soporte para continuar con la ruta de atención integral al talento humano en salud del área.

➤ **Posterior**

- ❑ Acceso a apoyo psicológico complementario y permanente a la segunda víctima.
- ❑ Establecer procesos de apoyo, seguimiento, control por psicología o medicina general, de tal forma que se evalúen los riesgos del trabajador de presentar un estrés traumático, así como evaluar la gravedad de la situación y las posibles soluciones para el caso o la minimización de las consecuencias.
- ❑ Generar acciones direccionadas a recuperar y adaptar a la segunda víctima a su vida laboral.
- ❑ Contar con ambientes o espacios privados para la resolución de dudas, acompañamiento y seguimiento a la segunda víctima posterior al evento adverso
- ❑ Implementar una línea de atención psicosocial con disponibilidad 24 horas de forma anónima, en la que el profesional se pueda comunicar y expresar lo que siente frente a un evento adverso.
- ❑ Establecer consejería profesional a cargo de un comité interprofesional de libre acceso.
- ❑ Contar con un equipo multidisciplinario de apoyo en salud psicosocial para el abordaje del evento adverso.
- ❑ Establecer programas de escucha de las necesidades del talento humano en salud y de afrontamiento frente a la ocurrencia de un evento adverso.
- ❑ Implementar estrategias de comunicación efectivas, directas, transparentes y empáticas con el paciente, la familia y la red de apoyo.
- ❑ Identificar y diagnosticar los escenarios postraumáticos derivados de los eventos adversos en las segundas víctimas.

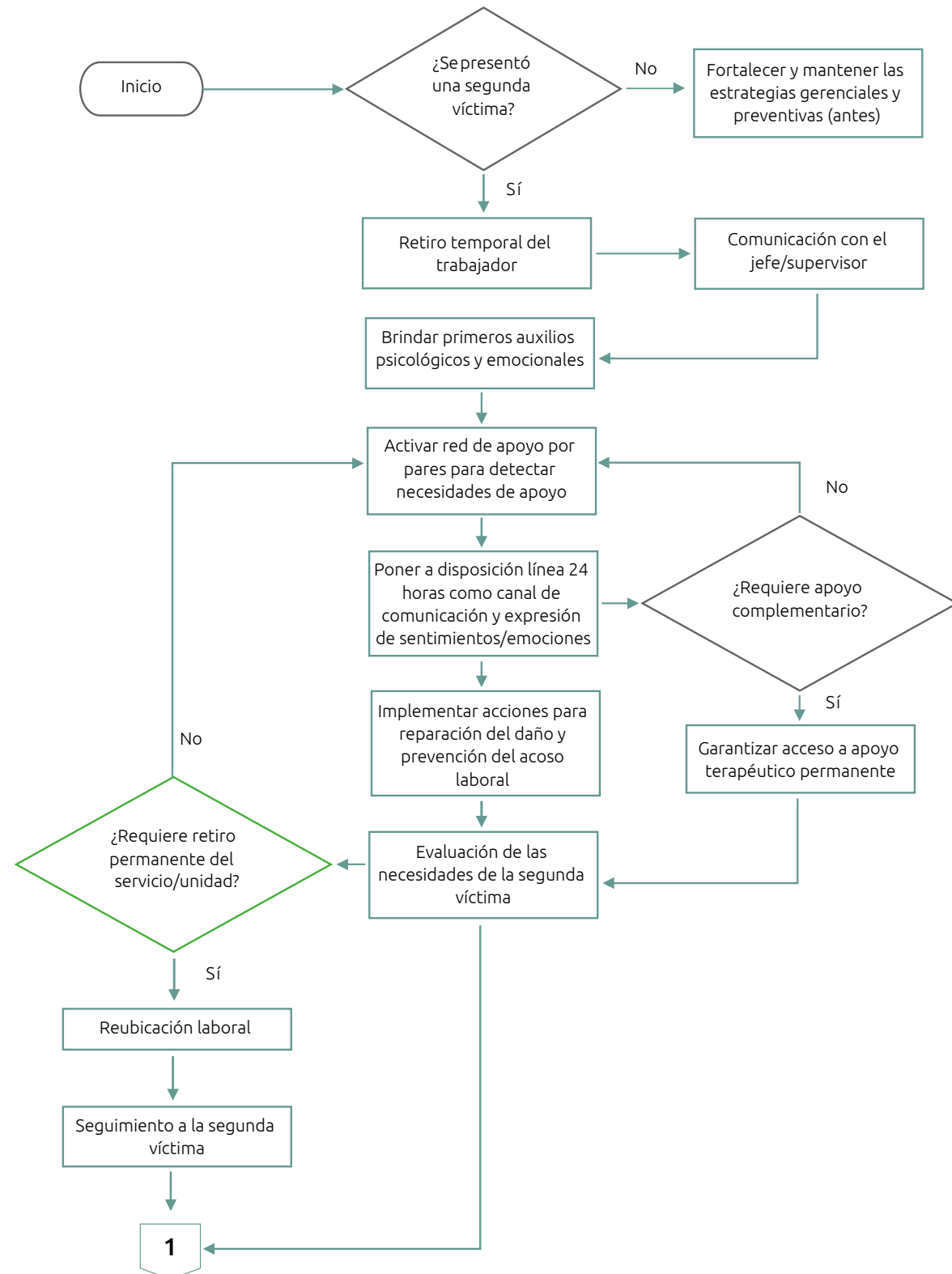
A continuación, se presenta el proceso para la implementación de las estrategias de atención integral antes de la ocurrencia del fenómeno de la segunda víctima (figura 4).

Figura 4. Estrategias de atención integral antes de la ocurrencia del fenómeno



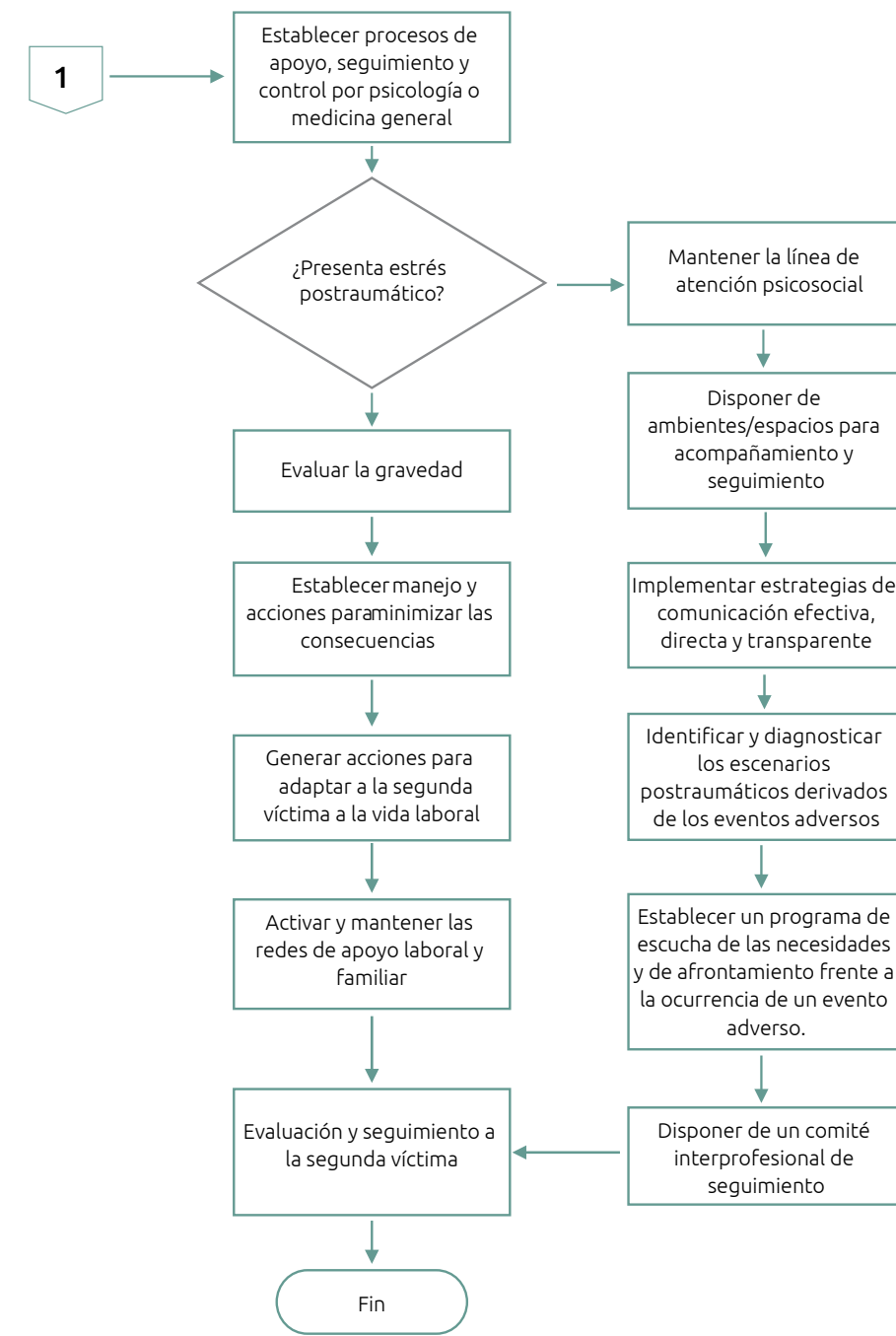
A continuación, se presenta el proceso propuesto para la atención integral durante la ocurrencia del fenómeno de la segunda víctima (figura 5).

Figura 5. Estrategias de atención integral durante la ocurrencia del fenómeno



A continuación, se presenta el proceso propuesto para la atención integral posterior a la ocurrencia del fenómeno de la segunda víctima (figura 6)

Figura 6. Estrategias de atención integral posterior a la ocurrencia del fenómeno



Fuente: elaboración propia

Estrategias en el ámbito laboral/salud laboral

Las estrategias de salud laboral se relacionan con lo establecido en los sistemas de seguridad y salud en el trabajo en pro de que se disminuya la probabilidad de la materialización de los riesgos laborales, principalmente psicosociales, en el talento humano en salud involucrado en un evento adverso.

Descripción de las estrategias

A continuación, se describen las estrategias dentro de esta categoría:

➤ *Antes*

- ❑ Propiciar nuevas actividades laborales que motiven y generen nuevas oportunidades de desarrollo profesional y laboral.
- ❑ Generar y motivar la participación en espacios de dispersión grupal, con el fin de fortalecer los vínculos laborales entre el talento humano en salud.
- ❑ Implementar acciones para el manejo del estrés, o de situaciones estresantes, mediante técnicas de relajación como el ejercicio físico, las pausas activas y descansos programados.
- ❑ Realizar análisis de puestos de trabajo del talento humano en salud, identificando elementos o situaciones estresantes.
- ❑ Propiciar espacios de trabajo óptimos de acuerdo con el análisis de puestos de trabajo y con las funciones de cargo.
- ❑ Implementar estudios de carga laboral de acuerdo con las funciones de cargo del talento humano en salud.
- ❑ Definir canales de comunicación y seguimiento a las situaciones de estrés, evaluando el clima organizacional por servicio.
- ❑ Capacitar a las brigadas en el manejo de estrés laboral y situaciones de riesgo y promoción de la salud mental.
- ❑ Conformación de equipos de trabajo entrenados y capacitados para la vinculación rápida y efectiva de talento humano en salud que pueda asumir las funciones de la segunda víctima.

- ❑ Construir un protocolo para el abordaje de estrés agudo en el trabajador.
- ❑ Establecer un programa de seguridad y salud en el trabajo en coordinación con las administradoras de riesgos laborales (ARL), basado en orientación administrativa y organizacional, para el manejo de estrés, canales de comunicación efectiva, ambiente laboral positivo y acompañamiento continuo.

➤ *Durante*

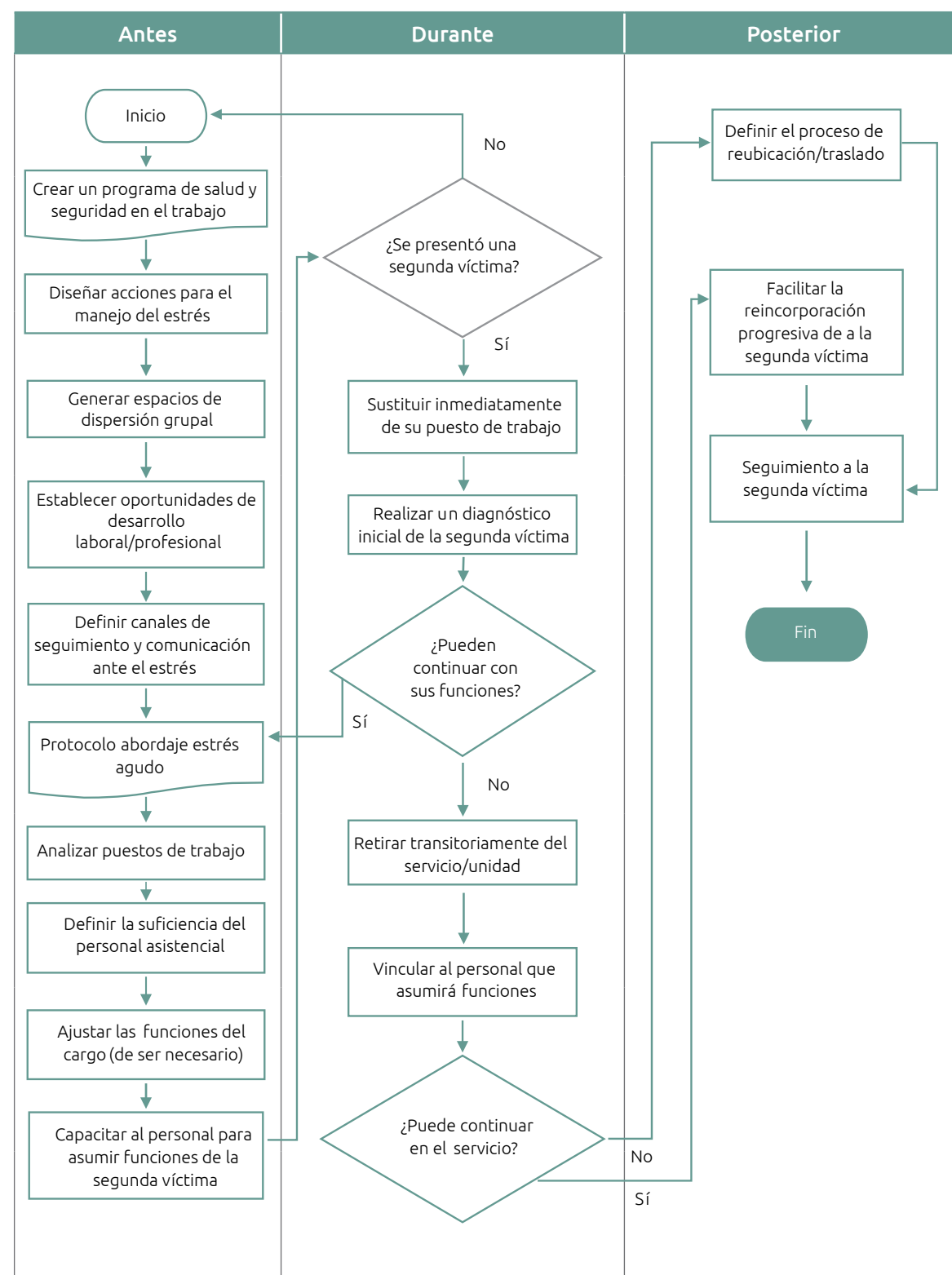
- ❑ Dar la posibilidad de que un compañero sustituya a la segunda víctima en la provisión de apoyo al paciente en lo que resta de jornada laboral.
- ❑ Definir el proceso para reubicar o trasladar de su puesto de trabajo a la segunda víctima de acuerdo con el diagnóstico inicial y las necesidades psicológicas, emocionales, físicas y laborales del talento humano en salud involucrado en un evento adverso.
- ❑ Retirar transitoriamente de las actividades laborales a la segunda víctima, hasta tanto se asegure que el trabajador se encuentra en óptimas condiciones para laborar.

➤ *Posterior*

- ❑ Facilitar la reincorporación progresiva de la segunda víctima a su puesto de trabajo.

A continuación, se muestra el proceso sugerido para la implementación de las estrategias en el ámbito laboral frente al abordaje del fenómeno de la segunda víctima (*figura 7*).

Figura 7. Estrategias en el ámbito laboral/salud laboral



Fuente: elaboración propia

Estrategias para generar un entorno de seguridad jurídica para el talento humano e instituciones de salud

Las estrategias jurídicas se relacionan con las orientaciones que desde el punto de vista legal deben generarse para direccionar las posibles demandas legales de tipo penal o civil dirigidas al talento humano y a las instituciones de salud. Además, pretenden impulsar los cambios normativos necesarios para contribuir a cambiar la cultura de la culpa y generar un marco para facilitar la compensación justa, reducir litigios y asegurar que los derechos de los pacientes sean respetados.

Descripción de las estrategias

A continuación, se describen las estrategias dentro de esta categoría:

➤ Antes

- ❑ Promover la adquisición de pólizas de responsabilidad para el talento humano en salud y para las instituciones en el caso de presentación de eventos adversos.
- ❑ Diseñar y socializar un esquema institucional de protección jurídica al talento humano en salud.
- ❑ Capacitación constante del personal de salud para que conozcan los riesgos legales inherentes a la atención en salud y seguridad del paciente.
- ❑ Conformación de un proceso de apoyo jurídico para la defensa preventiva.
- ❑ Afiliación institucional a fondos para el auxilio solidario de demandas.
- ❑ Creación de un comité o grupo interdisciplinario para la prevención de demandas judiciales.
- ❑ Fortalecer las acciones orientadas al registro en la historia clínica preservando las pruebas de la atención en salud.

➤ Durante

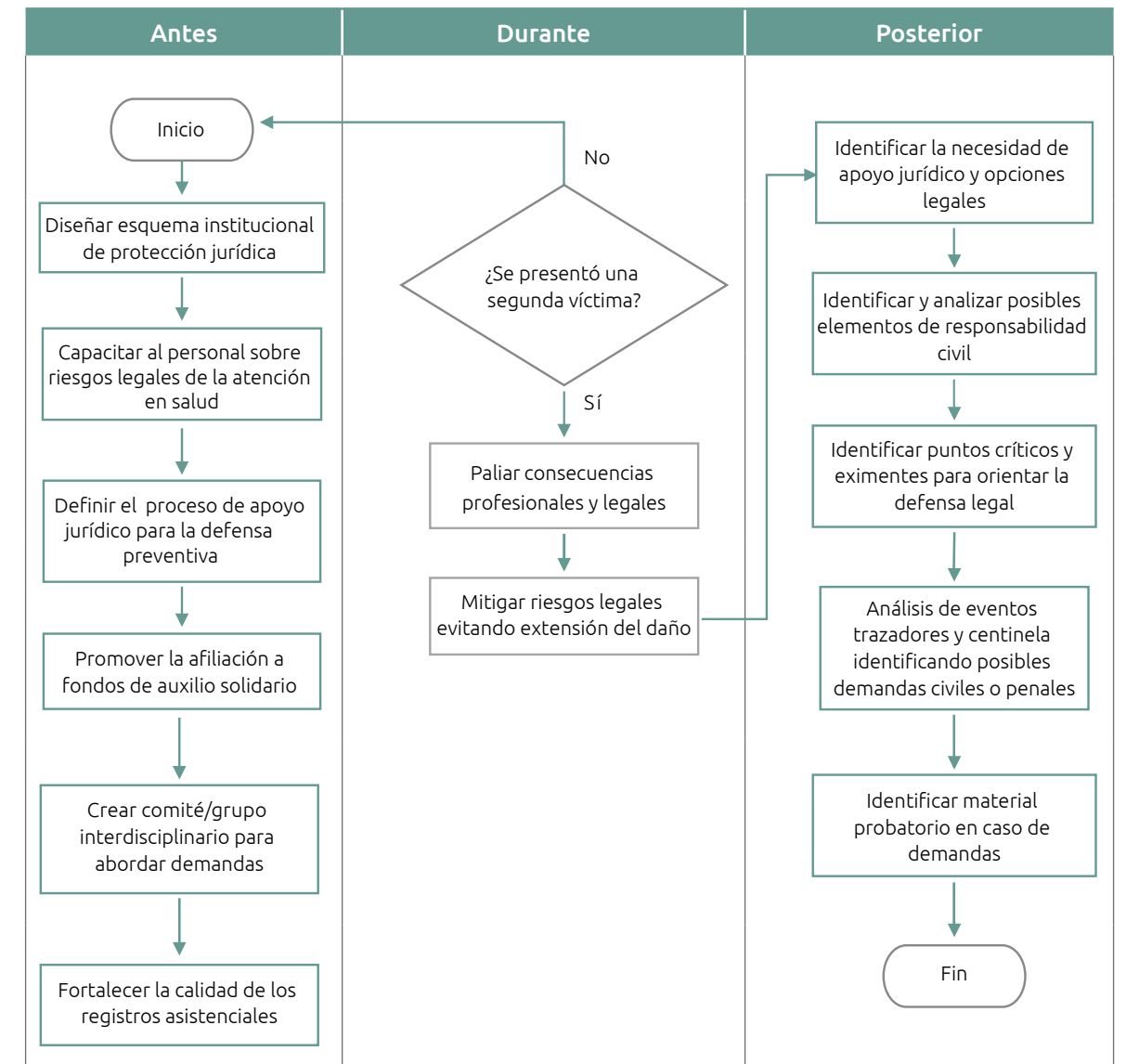
- ❑ Establecer orientaciones para paliar las consecuencias profesionales y legales por parte de un equipo interdisciplinario que incluya a la alta gerencia y al equipo jurídico de la institución.
- ❑ Proceder a mitigar los riesgos legales lo más pronto posible para evitar la extensión de daños y perjuicios, y, si es el caso, conciliar antes de un proceso judicial si hay pretensiones económicas por atender.

➤ **Posterior**

- ❑ Identificar la necesidad de apoyo jurídico para el talento humano en salud involucrado en un evento adverso, en torno a opciones de apoyo legal, incluyendo su ubicación y proceso para acceder a dicho soporte.
- ❑ Análisis del evento adverso identificando posibles elementos de responsabilidad civil como daño, culpa y nexo de causalidad. Lo anterior haciendo énfasis en los eventos adversos prevenibles, ya que estos son generadores de responsabilidad.
- ❑ Análisis del caso en busca de puntos críticos y eximentes en los cuales se debe orientar la defensa legal posterior al evento adverso
- ❑ Análisis de todos los casos en los que se presenten eventos trazadores y centinela que fueran reportados en el sistema de notificación en conjunto con el área jurídica y que puedan generar demandas civiles o penales.
- ❑ Identificar el material probatorio en caso de demanda posterior al análisis del evento adverso.

A continuación, se presentan las estrategias propuestas para generar un entorno de seguridad jurídica para clientes y talento humano en salud (figura 8).

Figura 8. Estrategias para un entorno de seguridad jurídica para clientes y talento humano en salud



Fuente: elaboración propia

Recomendaciones para la implementación de la guía en instituciones de salud

En el siguiente apartado, se describen algunas recomendaciones para lograr la implementación de las estrategias propuestas en este documento. Son sugerencias generales, ya que se considera que las instituciones, de acuerdo con sus particularidades, requerirán la inclusión o exclusión de acciones para establecer procesos de abordaje frente al fenómeno de la segunda víctima.

1. Fortalecer el compromiso gerencial en torno a la promoción de la cultura justa de seguridad del paciente.
2. Incluir en el direccionamiento estratégico institucional la política de seguridad del paciente y, dentro de esta, los procesos necesarios para el afrontamiento del fenómeno de la segunda víctima en la institución prestadora de servicios de salud.
3. Realizar un diagnóstico institucional que permita identificar cuáles procesos y procedimientos es necesario adecuar o modificar para la implementación efectiva de las estrategias propuesta en esta guía.
4. Realizar un análisis de los costos necesarios para la implementación de la guía.
5. Elaborar un plan de acción o ruta crítica para la implementación de la guía con base en el diagnóstico y las características institucionales.
6. Incorporar en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad las acciones de mejoramiento necesarias, para la respuesta efectiva frente a la existencia de la primera, segunda y tercera víctima como consecuencia de un evento adverso.
7. Diseñar estrategias de seguimiento, monitoreo y evaluación de acuerdo con las características y necesidades organizacionales, que permitan determinar el avance en la implementación de las diferentes estrategias.
8. Privilegiar la contratación del talento humano en salud a través de contratos laborales a término fijo o indefinido, al considerar que esto favorece la implementación efectiva de procesos a mediano y largo plazo, ya que mejora las condiciones laborales del talento humano en salud y, por ende, el sentido de pertenencia frente a la institución.

9. Actualizar continuamente los estudios de capacidad instalada de los servicios de salud y suficiencia del talento humano en salud, con el fin de evitar contrataciones con los aseguradores de salud que desborden la capacidad operativa de los servicios de salud.
10. Implementar procesos formales de capacitación al personal asistencial y administrativo de las instituciones sobre gestión del riesgo, seguridad del paciente, evento adverso, primera víctima, segunda víctima y tercera víctima.
11. Establecer una guía, protocolo o procedimiento para la comunicación del paciente y la red apoyo que sufren un evento adverso.
12. Articular con las administradoras de riesgos laborales las acciones para la promoción de la salud en entornos laborales, con el fin de fortalecer el bienestar laboral del talento humano en salud.
13. Establecer alianzas formativas y estratégicas con instituciones de educación superior y colegios profesionales para el fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud frente a la seguridad del paciente.

Finalmente, para el Ministerio de Salud y Protección Social, se sugiere la vinculación del fenómeno de la segunda víctima en las políticas nacionales de seguridad del paciente, definiendo por cada uno de los actores responsabilidades de acuerdo con las competencias establecidas en el marco del Sistema General de Seguridad Social.

Conclusiones

La implementación de estrategias de apoyo al talento humano en salud involucrado en un evento adverso en las instituciones de salud colombiana es prioritario, ya que, se ha demostrado que mitiga la presentación de efectos negativos en la salud mental y física de las segundas víctimas, además de favorecer la cultura no punitiva en las organizaciones frente a los eventos en seguridad y afianzar la confianza y apoyo entre colegas (19), (62).

El diseño de estrategias y programas para el apoyo de la segunda víctima requiere del liderazgo conjunto entre la alta gerencia de las instituciones de salud, supervisores y talento humano en salud al interior de las organizaciones. Esto debe darse con el fin de favorecer un ambiente de colaboración y provisión de recursos para su implementación (73).

La no intervención de la segunda víctima de manera oportuna a nivel institucional puede convertirse en un factor que lleve a la generación de nuevos eventos adversos, a la alta rotación del personal en los servicios de salud y a impactar de manera negativa la calidad de la atención en salud en las instituciones prestadoras de este servicio. Por tanto, es fundamental la implementación de estrategias y recomendaciones como un elemento esencial en la gestión del riesgo clínico en las instituciones de salud nacionales.

Agradecimientos

El grupo de investigación agradece a las instituciones que hicieron parte de esta investigación como la Fundación Universitaria del Área Andina, la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte sedes Bogotá y Valledupar, a los programas de especialización en Auditoría en Salud y Medicina; a Clínicas Colsanitas S. A. (Clínica Universitaria Colombia, Clínica Reina Sofía, Clínica Calle 103 y Clínica el Carmen); al Programa de Seguridad del paciente y a la Oficina de Salud Pública y Epidemiología. A la Universidad Miguel Hernández de España, su Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Bioética de la Comunitat Valenciana–FISABIO y a la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), sede, Argentina. A la Red Salud Colsubsidio y a la Universidad de Santander.

A los participantes de la metodología del metaplan provenientes de las regiones Andina, Caribe y Pacífica, talento humano en salud asistencial, miembros de la alta gerencia de instituciones prestadoras de servicios de salud, colegios profesionales, universidades y organizaciones de salud.

A nuestras familias, por su apoyo incondicional en este arduo trabajo en pro del apoyo a las segundas víctimas.

Referencias

- Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E, et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2019;366:l4-185.
- Wu AW, Boyle DJ, Wallace G, Mazor KM. Disclosure of adverse events in the United States and Canada: an update, and a proposed framework for improvement. *J Public Health Res*. 2013;2(3):e-32.
- Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof*. 2013;36(2):135-62.
- Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Astier P, et al. Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations. *Int J Qual Heal Care*. 2017;29(4):450-60.
- Cantor MD, Barach P, Derse A, Maklan CW, Wlody GS, Fox E. Disclosing adverse events to patients. *Jt Comm J Qual patient Saf*. 2005;31(1):5-12.
- Strametz R, Koch P, Vogelgesang A, Burbridge A, Rösner H, Abloescher M, et al. Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians in internal medicine (SeViD-I survey). *J Occup Med Toxicol*. 2021;16(1):11.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To err is human: building a safer health system*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press; 2000.
- (OMS) OM de la S. Seguridad del paciente: Datos y cifras [Internet]. OMS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Ministerio de Salud y Protección. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente [Internet]. Colombia: MinSalud; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Monitorear-aspectos-claves-seguridad-paciente.pdf>
- Flórez F, López L, Bernal C. Prevalence of adverse events and their manifestations in health professionals as second victims. *Biomédica*. 2022;42(1):184-95.
- Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual patient Saf*. 2007;33(8):467-76.
- Han K, Bohnen JD, Peponis T, Martinez M, Nandan A, Yeh DD, et al. The Surgeon as the Second Victim? Results of the Boston Intraoperative Adverse Events Surgeons' Attitude (BISA) Study. *J Am Coll Surg*. 2017;224(6):1048-56.
- Macias Amarís M, Madariaga Orozco C, Valle Amarís M, Zambrano Soto J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Individual and family coping strategies when. *Psicol desde el Caribe* [Internet]. 2017;30:123-45. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [Internet]. Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2008. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf
- Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Rev Chil Neuropsiquiatr* [Internet]. 2002;40. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Piqueras Rodríguez JA, Ramos Linares V, Martínez González AE, Oblitas Guadalupe LA. Las emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *SUMA Psicol*. 2009;16(2):85-112.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Diario Oficial 41.148 del 23 de diciembre de 1993.
- Veiga-Seijo S, Movilla-Fernández MJ, Rivas-Quarneti N. Scoping review sobre el meta-plan como metodología de investigación cualitativa en ciencias de la salud. España: Universidade da Coruña; 2020. p. 1000-7.
- Seys D, Wu AW, Gerven E Van, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review. *Eval Heal Prof*. 2013;36(2):135-62.
- Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015;15(1):12-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0994-x>
- Moreno Jiménez B. Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Med Segur Trab (Madr)*. 2011;57:4-19.
- Agorastos A, Olff M. Traumatic stress and the circadian system: neurobiology, timing and treatment of posttraumatic chronodisruption. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 2020;11(1):1833644. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=zept20>
- Berwick DM. *Politics and Health Care*. Vol. 320, JAMA—Journal of the American Medical Association. Estados Unidos: American Medical Association; 2018. p. 1437-8.
- Ministerio de la Protección Social. Guía técnica: buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud [Internet]. Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2010 p. 1-49. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>
- Pérez CD, Fuentes PS, García EJ. Addressing medical errors: An intervention protocol for nursing professionals. *Rev da Esc Enferm*. 2019;53:1-7.
- Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider {\textquotedblleft}second victim{\textquotedblright} after adverse patient events. *BMJ Qual \& Saf* [Internet]. 2009;18(5):325-30. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/18/5/325>
- 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. *Atención Primaria*. 2016;48(3):143-6.
- Van Gerven E, Vander Elst T, Vandenbroeck S, Dierickx S, Euwema M, Sermeus W, et al. Increased risk of burnout for physicians and nurses involved in a patient safety incident. *Med Care*. 2016;54(10):937-43.

29. Edrees HH, Paine LA, Feroli ER, Wu AW. Health care workers as second victims of medical errors. *PAIM*. 2011;121(4):101-8.
30. Aranaz JM, Mira JJ, Guilabert M, Herrero JF, Vitaller J, Pérez-Jover MV, et al. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. *Trauma (Spain)*. 2013;24(1):54-60.
31. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. IBEAS design: Adverse events prevalence in Latin American hospitals. *Rev Calid Asist*. 2011;26(3):194-200.
32. Martens J, Van Gerven E, Lannoy K, Panella M, Euwema M, Sermeus W, et al. Episodios graves notificables en atención hospitalaria de salud mental: repercusiones en médicos y enfermeras. *Rev Calid Asist [Internet]*. 2016;31(xx):26-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.004>
33. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources. *J Patient Saf [Internet]*. 2017;13(2):93-102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25162208/>
34. Kim E-M, Kim S-A, Lee J-R, Burlison JD, Oh EG. Psychometric Properties of Korean Version of the Second Victim Experience and Support Tool (K-SVEST). *J Patient Saf [Internet]*. 2020;16(3). Disponible en: https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Fulltext/2020/09000/Psychometric_Properties_of_Korean_Version_of_the.1.aspx
35. Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G. Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on health-care professionals and psychological well-being. *Qual Saf Heal Care [Internet]*. 2010;19(6):e43 LPe43. Disponible en: <http://qualitysafety.bmj.com/content/19/6/e43.abstract>
36. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):1-9.
37. Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. [Qualitative research: a valid alternative]. *Aten primaria*. 2004;34(4):161-6.
38. Valverde M, Vidal M, Jansa M. [Therapeutic education didactic techniques]. *Rev Enferm*. 2012;35(10):42-51.
39. García de Lorenzo A, Álvarez Hernández J, Planas M, Burgos R, Araujo K. Multidisciplinary consensus on the approach to hospital malnutrition in Spain. *Nutr Hosp*. 2011;26(4):701-10.
40. Trapero-Bertran M, Brosa Riestra M, Espín Balbino J, Oliva J. [Controversial Issues in Economic Evaluation (II): health Outcomes of Health Care Interventions]. *Rev Esp Salud Publica*. 2015;89(2):125-35.
41. Davies JM, Newland AC, Finch RG. Patient education and communication in non-inpatient intravenous therapy—a review. *Eur J Haematol Suppl*. 1998;62:18-23.

42. Mira JJ, Cho M, Montserrat, Santacruz D, Rodríguez J. Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina [Internet]. *Rev Panam Salud Publica*. 2013. p. 1-7. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752013000200003
43. Cortés SO, Hasbún IZ, González CGG, Morán LF, Stoltze FM, Fernandes ACP, et al. Design and validation of an image for dissemination and implementation of Chilean dietary guidelines. *Nutr Hosp*. 2015;32(2):582-9.
44. Miravittles M, Alcázar B, Alvarez FJ, Bazús T, Calle M, Casanova C, et al. What pulmonologists think about the asthma-COPD overlap syndrome. *Int J COPD*. 2015;10:1321-30.
45. García de Lorenzo A, Álvarez Hernández J, Planas M, Burgos R, Araujo K. Consenso multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España. *Nutr Hosp*. 2011;26(4):701-10.
46. Caino S, Domínguez P, Aguerre V, Castellano V. Instrument to assess research projects that apply for a fellowship by the Argentine Society of Pediatrics: Validation using the Delphi method. *Arch Argent Pediatr*. 2019;117(4):e333-339.
47. McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. *Int J Clin Pharm*. 2016;38(3):655-62.
48. Varndell W, Fry M, Lutze M, Elliott D. Use of the Delphi method to generate guidance in emergency nursing practice: A systematic review. *Int Emerg Nurs*. 2021;56:100867.
49. Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Blythe J, Neville AJ. The use of triangulation in qualitative research. *Oncol Nurs Forum*. 2014;41(5):545-547.
50. Noble H, Heale R. Triangulation in research, with examples. Vol. 22, *Evidence-based nursing*. England: BMJ Publishing Group & RCN Publishing Company; 2019. p. 67-68.
51. Casey D, Murphy K. Issues in using methodological triangulation in research. *Nurse Res*. 2009;16(4):40-55.
52. Carr LT. The strengths and weaknesses of quantitative and qualitative research: what method for nursing? *J Adv Nurs*. 1994;20(4):716-21.
53. Begley CM. Using triangulation in nursing research. *J Adv Nurs*. 1996;24(1):122-8.
54. Begley CM. Triangulation of communication skills in qualitative research instruments. *J Adv Nurs*. 1996;24(4):688-93.
55. Younas A, Pedersen M, Tayabeh JL. Review of Mixed-Methods Research in Nursing. *Nurs Res*. 2019;68(6):464-72.
56. Sim J, Sharp K. A critical appraisal of the role of triangulation in nursing research. *Int J Nurs Stud*. 1998;35(1-2):23-31.
57. Fusch P, Fusch GE, Ness LR. Denzin's Paradigm Shift: Revisiting Triangulation in Qualitative Research. *J Soc Chang*. 2018;10(1):19-32.
58. Wade L, Fitzpatrick E, Williams N, Parker R, Hurley KF. Organizational Interventions to Support Second Victims in Acute Care Settings: A Scoping Study. *J Patient Saf*. 2022;18(1):E61-72.

59. Paula AG de, Gama BP, Freria ZF da, Gonçalves GC de S, Machado RC, Bohomol E. Programas de suporte às segundas vítimas e seus impactos: revisão integrativa. *Nurs (São Paulo)*. 2022;25(284):6953-68.
60. Panella M, Rinaldi C, Leigheb F, Donnarumma C, Kul S, Vanhaecht K, et al. Los determinantes de la medicina defensiva en hospitales italianos: el efecto de ser una segunda víctima. *Rev Calid Asist*. 2016;31(xx):20-5.
61. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: A case study. *BMJ Open*. 2016;6(9).
62. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Dealing with Adverse Events: A Meta-analysis on Second Victims' Coping Strategies. *J Patient Saf*. 2020;16(2):E51-60.
63. Bueno Domínguez MJ, Briansó Florencio M, Colomé Figuera L, Prats Alonso E. Experiencia de unidad de soporte a las segundas víctimas (USVIC). *Rev Calid Asist*. 2016;31:49-52.
64. Marr R, Goyal A, Quinn M, Chopra V. Support opportunities for second victims lessons learned: a qualitative study of the top 20 US News and World Report Honor Roll Hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1330.
65. Quadrado ERS, Tronchin DMR MF. Caidas de pacientes adultos hospitalizados: soporte al equipo de enfermería como segunda víctima. *Aquichan*. 2022;22(4).
66. Strametz R, Koch P, Vogelgesang A, Burbridge A, Rösner H, Abloescher M, et al. Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians in internal medicine (SeViD-I survey). *J Occup Med Toxicol*. 2021;16(1):11.
67. Zhang X, Li Q, Guo Y, Lee SY. From organisational support to second victim-related distress: Role of patient safety culture. *J Nurs Manag*. 2019;27(8):1818-25.
68. Kappes M, Romero-García M, Delgado-Hito P. Coping strategies in health care providers as second victims: A systematic review. *Int Nurs Rev*. 2021;68(4):471-81.
69. Liukka M, Steven A, Moreno MFV, Sara-Aho AM, Khakurel J, Pearson P, et al. Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13).
70. Mira JJ, Carrillo I, García-Elorrio E, Andrade-Lourenção DCDE, Pavan-Baptista PC, Franco-Herrera AL, et al. What Ibero-American hospitals do when things go wrong? A cross-sectional international study. *Int J Qual Heal Care*. 2020;32(5):313-8.
71. Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Lorenzo S, Pérez-Pérez P, Silvestre C, et al. The second victim phenomenon after a clinical error: The design and evaluation of a website to reduce caregivers' emotional responses after a clinical error. *J Med Internet Res*. 2017;19(6):1-14.
72. Ganahl S, Knaus M, Wiesenhuetter I, Klemm V, Jabinger EM, Strametz R. Second Victims in Intensive Care-Emotional Stress and Traumatization of Intensive Care Nurses in Western Austria after Adverse Events during the Treatment of Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(6).
73. Kappes M, Romero-García M, Delgado-Hito P. Coping strategies in health care providers as second victims: A systematic review. *Int Nurs Rev*. 2021;68(4):471-81.

Anexos

Anexo 1

Consentimiento informado metaplan y Delphi

Título del proyecto: Impacto psicosocial de los eventos adversos en el personal de salud asistencial en instituciones de salud colombianas en el periodo 2017 al 2021

Yo _____ identificado con documento de identidad No. _____ de la ciudad de _____ como responsable de mis decisiones autorizo a los investigadores de la Fundación Universitaria del Área Andina, Universidad de Santander, Clínicas Colsanitas S. A. y Red Salud Colsubsidio, para que realice la técnica **metaplan (fase 3 y 4) y retroalimentación de guía (Delphi) (fase 5)**, para dar cumplimiento al objetivo de la presente investigación analizar el impacto psicosocial y las estrategias para el afrontamiento de los eventos adversos en el personal de salud asistencial (segunda víctima) en instituciones de salud en algunas regiones colombianas (Andina Caribe y Pacífico) en el periodo 2017 al 2021, y accedo a ser grabado en video.

Procedimientos: Si usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente. Se le pedirá participar en la aplicación de la técnica metaplan o Delphi, que permitirá diseñar una guía de respuesta para el afrontamiento del impacto de los efectos del evento adverso en el personal asistencial e instituciones de salud con enfoque participativo con los actores involucrados a nivel nacional ajustado al contexto colombiano.

Beneficios: No existe un beneficio directo por su participación en el estudio. Sin embargo, si acepta participar, está colaborando para la generación de evidencia para el diseño de una guía de respuesta para las segundas víctimas adaptada al contexto colombiano. Los resultados de este estudio gracias a su colaboración, serán divulgados a través de productos de investigación.

Confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial. Será utilizada únicamente por los investigadores del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado (a).

Riesgos potenciales/compensación: Su participación en el estudio no implica ningún riesgo para usted. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómoda o incómodo/a, usted tiene el derecho a no contestar. Usted no recibirá pago alguno por su participación en este estudio ni implica gasto alguno para usted.

Participación voluntaria/retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación de este

en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera su relación con otras personas de su comunidad.

Si usted tiene alguna pregunta o comentario con respecto al proyecto, remítase a los siguientes contactos:

Investigadores principales:

Mery González Delgado / megonzalez2@areandina.edu.co

Erika Bibiana Rodríguez Gallo / erodriguez118@areandina.edu.co

Teléfono +57(1) 742 39 31 ext. 1514

Acepto participar en la investigación

Firma: _____

Documento: _____

Testigo

Firma: _____

Nombre: _____

Documento: _____

Anexo 2 Análisis por categorías y subcategorías del metaplan

Pregunta central No 1: ¿Qué estrategias consideran que las instituciones prestadoras de servicios de salud deben implementar para abordar el fenómeno de la segunda víctima?

1. Gestión del conocimiento y fortalecimiento de capacidades

- Capacitación al paciente y su familia sobre prácticas seguras
- Capacitación al personal de salud sobre gestión del riesgo, seguridad del paciente, barreras de seguridad, salud mental.
- Formación al personal administrativo (jefes y directores) y asistencial sobre segundas víctimas.
- Implementar programas de capacitación formal en las instituciones de salud, centrados en rutas de atención para la segunda víctima.
- Talleres de integración y desarrollo de habilidades blandas.
- Establecer cultura educativa organizacional con recursos institucionales o con el apoyo de organizaciones externas (universidades, colegios profesionales).
- Sensibilización y educación al personal de salud en segundas víctimas.
- Mejorar y fortalecer los procesos de inducción al personal de salud, con énfasis en riesgos asociados a la atención en salud.
- Utilizar la evidencia científica disponible para la seguridad del paciente.
- Realizar mediciones de clima organizacional, de percepción de la seguridad y apoyo administrativo a la segunda víctima.
- Estudios de carga laboral y desempeño.

2. Soporte psicológico y bienestar del trabajador

- Consejería profesional a cargo de un comité interprofesional de libre acceso.
- Contar con un equipo/red multidisciplinaria de apoyo en salud psicosocial y para el abordaje del evento adverso.
- Red de pares/especializada de apoyo con formación en escucha activa y capacidad para detectar necesidades de apoyo de nivel superior (p. ej. signos de trastorno de estrés postraumático).
- Acompañamiento psicológico a través de pares y terapeutas (manejo de culpa).
- Programas de escucha de las necesidades del talento humano en salud y de afrontamiento frente a la ocurrencia de un evento adverso.
- Alianzas estratégicas institucionales para el apoyo psicológico a la segunda víctima y afrontamiento de estrés postraumático.
- Establecer acciones inmediatas (primeros auxilios psicológicos), control, reparación del daño y prevención del acoso laboral.
- Establecer pausas activas para el talento humano en salud.

- Retiro transitorio de las actividades laborales hasta tanto se asegure que la segunda víctima se encuentra en adecuadas condiciones para laborar.
- Posibilitar el traslado del trabajador a otra dependencia.
- Mejorar las condiciones de contratación del personal asistencial para prevenir múltiples funciones que generan cansancio y distracción.

3. Documentación de procesos

- Políticas que incentivan y favorecen la notificación de eventos adversos.
- Protocolos para evitar la revictimización del personal de salud ante la ocurrencia de un evento adverso.
- Protocolos para establecer mecanismos de respuesta rápida.
- Protocolos de prevención de eventos adversos.
- Contar con una política de confidencialidad/no sanción frente al evento adverso.
- Diseñar e implementar programa de cultura de seguridad institucional que incluya medición de la cultura, evitar la cultura punitiva, análisis del evento adverso.
- Documenta el proceso para el abordaje de la primera víctima.

4. Cultura organizacional / seguridad del paciente

- Fortalecimiento de los procesos institucionales: comunicación efectiva, conocimiento y divulgación de la política de seguridad del paciente; paquetes instruccionales
- Desarrollo de sistemas o procedimientos que de un *feedback* positivo a los profesionales que notifican un evento adverso.
- Fortalecimiento de los principios éticos de ciencias de la salud.
- Incentivar el reporte de eventos adversos.
- Direccionamiento estratégico de la política de seguridad del paciente.
- Gestión de los eventos adversos (observatorios).
- Compromiso gerencial y conocimiento de los procesos de la atención en salud.
- Implementar barreras efectivas en los procesos de atención de acuerdo a las condiciones particulares de las instituciones.

5. Espacios institucionales

- Desarrollar un comité de seguimiento frente a las segundas víctimas y evaluar el impacto en salud psicosocial
- Contar con ambientes privados para la resolución de dudas, acompañamiento y seguimiento.
- Generar de espacios de bienestar para el talento humano.
- Celebrar sesiones clínicas para compartir experiencias relacionadas con la ocurrencia de eventos adversos y fomentar el aprendizaje compartido.
- Fomentar el “hablar claro” (*speaking up*) sobre la seguridad del paciente entre profesionales, residentes y otros profesionales en formación.
- Establecer comités de convivencia para conciliación y dirección de conductas como el acoso laboral, los sentimientos de culpa, la pérdida de la credibilidad.

6. Espacios para el paciente y su familia

- Establecer y mantener espacios de comunicación con el paciente y su familia, guiados por un representante de la entidad o el equipo de salud que no haya incurrido en el evento adverso para el manejo de la primera víctima.
- Brindar información al paciente y su familia sobre el evento adverso sin vulnerar a la segunda víctima.
- Involucrar al paciente y su familia en el plan de atención.

7. Asignación de recursos

- Invertir recursos para la capacitación del personal, infraestructura, dotación.

8. Orientación y apoyo jurídico

- Acompañamiento y apoyo legal por parte de la institución.
- Implementar una red de apoyo jurídico para la protección del trabajador.
- Generar una estrategia gerencial que permita el apoyo jurídico al personal en caso de eventos adversos serios.
- Adquirir pólizas de seguro.
- Diseñar y socializar un esquema institucional de protección jurídica al talento humano en salud.

Pregunta 2: ¿Cuáles son las estrategias/acciones que realiza la institución para el manejo de estrés agudo en el trabajador de salud ante la ocurrencia de un evento adverso?

1. Espacios para el paciente y su familia

- Comunicar e informar al paciente y su familia sobre su situación de salud
- Generar estrategias de comunicación efectivas, directas, transparentes y empáticas la paciente, familia y red de apoyo.
- Orientación legal y psicológica a la primera víctima.
- Involucrar al paciente y su familia en las acciones de mejora.
- Si se debe incluir, teniendo en cuenta que los pacientes deben entender que los profesionales de la salud son humanos, que todo procedimiento que se realiza tiene un riesgo inherente para que exista empatía hacia la segunda víctima. Este procedimiento debe ser abordado desde el área de psicología de las instituciones prestadoras de salud.

2. Atención y apoyo integral

- Prevenir la aparición del estrés postraumático mediante el establecimiento de procedimientos que aborden a las posibles segundas víctimas desde el momento mismo en el que se produce un evento adverso.
- Formación a todos los profesionales en abordaje por pares.
- Formación en pautas sobre cómo actuar en relación al paciente y sus allegados.
- Diagnóstico del colaborador.

- Apoyo psicosocial básico (escucha, protección, entre otros).
- Crear una unidad de “emergencia” o apoyo agudo. En emergencias siempre se dice que en un desastre debe auxiliarse primero a los compañeros, porque se ha evidenciado que esto afecta profundamente a los demás integrantes del equipo. Esta premisa se debería implementar en estos casos porque indirectamente se comportan como un desastre.
- Acompañamiento permanente: psicológico, interdisciplinario, jefe del área y jurídico a la segunda víctima.
- El coordinador terapéutico es una figura que se viene implementando, resulta siendo un catalizador y mediador de riesgos psicosociales y el ambiente de trabajo.
- Estrategias institucionales de seguimiento y apoyo con participación integrada paciente-familia-equipo de salud.
- Programas de apoyo con personal capacitado para el abordaje psicológico.
- Comunicación asertiva, transparente y empática.
- Activar la ruta de atención integral para los trabajadores. La ruta debe ser diseñada por talento humano y liderada desde calidad.
 - Primeros auxilios emocionales.
 - El primer paso es que la segunda víctima pueda conversar con un igual.
 - Apoyo familiar.
 - Identificar los escenarios postraumáticos derivados de los eventos.
 - Creación de un grupo de respuesta rápida ante cualquier evento adverso.
 - Fortalecer el conocimiento de segunda víctima y el paso a paso de la intervención.
 - Seguimiento al personal de salud afectado, especialmente en salud mental (todos los involucrados).
 - Estrategias flexibles que se ajusten a las características y condiciones organizacionales.
 - Establecer programa de salud mental específico: evaluar y proponer actividades extra laborales, interacción con otros equipos, propiciar nuevas actividades laborales que motiven y generen nuevas oportunidades de desarrollo profesional y laboral.

3. Salud laboral

- Identificación de patrones conductuales de riesgo para determinar cuáles serían las actividades por gestionar, evaluar y medir. Incluir planes de formación del personal institucional sobre los posibles riesgos.
- Acceso a apoyo psicológico complementario y permanente.
- Apoyo, seguimiento, control por psicología o medicina general de tal forma que se evalúen los riesgos del trabajador de presentar un estrés traumático, evaluar la situación presentada la gravedad y las posibles soluciones para la resolución del caso o la minimización de las consecuencias.

Programa de seguridad y salud en el trabajo, basado en orientación administrativa y organizacional, con manejo de estrés, canales de comunicación, ambiente laboral, acompañamiento en todo momento del proceso

- Establecer un programa de salud mental
- Implementar actividades extralaborales y oportunidades de desarrollo profesional y laboral.
- Retirar temporalmente al trabajador y acompañarlo empáticamente para que entienda que no se retira como castigo, sino para que pueda afrontar la situación de una manera adecuada.
- Evitar el despido.
- Estrategia de “No señalamiento”.
- Reubicación laboral.
- Retirar al trabajador del entorno que ha generado estrés.
- Generar acciones direccionadas a recuperar y adaptar a la segunda víctima a su vida laboral.
- Facilitar la reincorporación progresiva de la segunda víctima a su puesto de trabajo.
- Análisis del puesto de trabajo (por ejemplo, sobrecarga laboral, falta de insumos).
- Espacios de dispersión grupal que generen un vínculo laboral entre los trabajadores.
- Establecer acciones de mejora.
- Elaboración de mapas de riesgo.
- Rotar tareas y puestos. Propiciar espacios de trabajos adecuados con un manejo razonable del tiempo de trabajo.
- Desarrollo de pausas y descansos activos.
- Mejorar el medioambiente de trabajo, controlando riesgos que deben ser medidos o evaluados previamente.
- Modificar la organización del trabajo.
- Enriquecer las tareas, permitiendo la autonomía del colaborador.
- Análisis de la encuesta de clima en seguridad del paciente por cada dimensión.
- Generar estrategias de seguimiento y evaluación con el área de recursos humanos para el fortalecimiento de habilidades técnicas, actitudinales y psicológicas.
- Implementar acciones para el manejo del estrés o de situaciones mediante técnicas de relajación como el ejercicio físico, las pausas activas, la atención plena (*mindfulness*).

4. Documentación

- Protocolos y socialización de estos.
- protocolo que describe el proceso de intervención en el caso de que se identifique una segunda víctima. La intervención la realiza grupo multidisciplinario, con expertos en cada área que puedan iniciar el plan de manejo de acuerdo con el diagnóstico dado.
- Establecer orientaciones para paliar las consecuencias profesionales y legales.
- Elaboración de mapas de riesgo. Desarrollar un plan de actuación ante la ocurrencia de un EA, que incluya aprender de la experiencia de manera pedagógica.

- Establecimiento e implementación de políticas orientadas al desarrollo de una cultura organizacional sana.
- Construir un protocolo para el abordaje de estrés agudo en el trabajador.
- Revisión de los procesos o procedimientos administrativos continuamente, incorporando los elementos vivenciales, técnicos y científicos del ejercicio profesional.

5. Espacios institucionales

- Generar espacios de comunicación y resolución entre las áreas para la socialización de las fallas o incidentes identificadas tanto por el equipo auditor de la institución como por los profesionales de salud y su equipo de trabajo.
- Generar espacios de retroalimentación continua al riesgo detectado semanalmente al interior de los servicios de salud.
- La intervención de factores familiares que puedan propiciar un aumento del estrés.

6. Redes de apoyo

- Conformación de grupos de segundas víctimas.
- Fortalecimiento de las redes de apoyo y la comunicación entre familia, institución de salud, para la generación de un plan conjunto.
- Estructurar un equipo de apoyo y respuesta para la resolución y el posterior análisis del problema o evento adverso acontecido.
- Sociograma de la unidad para identificar qué profesionales son considerados por sus compañeros las personas más idóneas para proporcionar apoyo.

7. Orientación y apoyo jurídico

- Acompañamiento jurídico a los trabajadores.

Pregunta 3: ¿Cuáles son las acciones que recomendaría para brindar primeros auxilios psicológicos o emocionales al trabajador que ha participado en un evento adverso?

1. Atención y apoyo integral

- Identificar sus momentos de crisis o factores desencadenantes.
- Escuche con atención a la víctima y permita que exprese sentimientos y sensaciones. La segunda víctima debe poder hablar de lo sucedido con un compañero o persona de confianza en las horas siguientes a la ocurrencia del evento adverso.
- Acompañamiento continuo. Asegurar un ambiente de tranquilidad, apoyo y seguimiento psicológico por pares, evitando malas acciones para salir de los eventos, en acompañamiento con la familia y la institución.
- Apoyo psicológico que permita minimizar inseguridad, angustia, miedo, y de esta forma, apoyar para restablecer la estabilidad personal. Además, generar el acompañamiento necesario durante todo el proceso, para que él sienta que no está solo y que no es juzgado.

- Apoyo del equipo humano del área de trabajo: “No señalamiento” más bien “ Apoyo grupal a la segunda víctima”.
- Asignar un profesional de psicología para el acompañamiento: programas de salud mental.
- Las intervenciones psicológicas deben ser: A nivel emocional, Físico, Cognitivo, Conductual (social)
- El primer encuentro sucederá con el jefe inmediato del servicio, quien acompañará al trabajador en los primeros minutos, hasta tanto sucede el encuentro con el psicólogo. De no ser posible presencialmente, se hará virtualmente. El psicólogo, de forma posterior a su abordaje, dará su informe al equipo para continuar la ruta de acuerdo con el estado emocional del trabajador.
- Es fundamental proporcionar un entorno seguro y de privacidad, para garantizar la protección del trabajador. Es indispensable escuchar al trabajador involucrado en el evento adverso y no juzgar la situación. Esto se dará en el marco de protocolos o guías de actuación.
- El personal que debe abordar la situación debe ser un experto en seguridad del paciente y el duelo que brinde un espacio de confianza (sala de crisis), espacio de escucha sin juzgamientos, retoma de pasos realizados y ayuda para identificar causas externas que contribuyeran al evento sin presión, (*microshell*) a modo de confesión.
- La primera persona que debe tener una entrevista con la segunda víctima es el jefe inmediato. Este debe asumir la comunicación al área encargada de evento y evitar un sinnúmero de entrevistas a diversas áreas que finalmente estresan más al trabajador.
- Seguimiento de cada evento relacionado con el efecto de estrés psicológico.

2. Documentación

- Contar con el protocolo de primeros auxilios psicológicos.
- Aplicar una alerta temprana establecida en un protocolo para realizar el acompañamiento de forma inmediata por parte de personal de salud ocupacional a la segunda víctima.
- Establecer un protocolo de manejo de amplio conocimiento por pacientes y personal de salud acorde con los riesgos que puedan presentarse.
- Tener un subprograma implementado en el servicio de salud que apoye al personal tiempo completo.
- Incluir dentro de la política de seguridad del paciente la actuación de las segundas y terceras víctimas.
- Estructurar procedimientos administrativos para la comunicación de incidentes y fallas identificadas por el personal de salud en los servicios.

3. Salud laboral

- Sensibilización en los entornos laborales; coordinador terapéutico.
- Estructurar canales de comunicación y seguimiento a las situaciones de estrés o motivación laboral evaluando el clima organizacional institucional por servicio.
- Identificación del riesgo y evento de carácter psicológico.

- Contar con un equipo de profesionales que puedan manejar la crisis. Identificar personal del equipo de trabajo que pueda dar el acompañamiento inicial.
- Tener una línea de atención psicosocial con disponibilidad 24 horas de forma anónima, en la que el profesional se pueda comunicar y expresar lo que siente frente a un evento adverso, además de un espacio presencial.
- Se debe retirar de inmediato al personal implicado a un ambiente controlado en donde el implicado se pueda liberar de la carga emocional que ha sufrido.
- Capacitar las brigadas en el manejo de estrés laboral y situaciones de riesgo, salud mental prioritaria.
- Conformación de equipos para abordaje en los diferentes turnos. Simulacros y divulgación de los equipos y sus estrategias.
- Retiro del contexto generador del estrés.
- Garantizar la participación rápida de personal que pueda asumir las actividades de la o las segundas víctimas.
- Trasladarlo a un sitio tranquilo en el que reciba atención especializada para recomponer su situación personal en relación con su desempeño laboral.
- Dar la posibilidad de que un compañero sustituya a la segunda víctima en la provisión de apoyo al paciente en lo que resta de jornada.
- Planes de acciones y mejora.

Pregunta 4: ¿Cómo podría aportar el Ministerio de Salud y los colegios profesionales para fortalecer las capacidades institucionales y profesionales para el afrontamiento del fenómeno de la segunda víctima?

1. Fortalecimiento de capacidades

- Fortalecimiento en la formación de los profesionales desde las universidades, metodologías e implementación de guías y protocolos tanto nacionales como institucionales, que ayuden a disminuir el riesgo de presentar eventos adversos y generen seguridad.
- Creación de un equipo de expertos en seguridad del paciente y manejo de eventos adversos al interior de Ministerio de Salud y Protección Social que acompañe a las instituciones a mejorar sus procesos y que pueda ser parte del análisis de eventos adversos (expertos en ciencias de la salud, psicólogos, abogados, expertos en diseño de procesos).
- Implementar una cultura de no punitividad que debe empezar desde el Gobierno, que sea clara y que se asegure el acompañamiento.
- Creación de un grupo, institución externa e imparcial que pueda analizar los eventos y anonimizar la información para ser presentada a la comunidad.
- Los colegios profesionales deben también crear un grupo intercolegial que congregue los saberes y preste asesoría en el análisis de eventos adversos.
- Establecer capacitaciones que favorezcan la mejora de los procedimientos en la red de seguridad en atención al paciente.

- Establecer formación obligatoria para los profesionales.
- Desde la educación para la prevención. Los diferentes estamentos como colegios y tribunales realizan este tipo de educación, en la que se busca educar y empoderar a los diferentes profesionales sobre qué hacer ante estas situaciones.
- Implementar módulos o capacitaciones para el tratamiento y abordaje integral de la segunda víctima, así como exigir protocolos institucionales y rutas de atención completas para su atención.
- Trabajar de manera articulada con el Ministerio de Educación, a fin de lograr que las instituciones educativas incluyan de manera más fuerte el acompañamiento psicológico para sus estudiantes. En los últimos tiempos estamos observando con muchísima preocupación el estado emocional de los profesionales, seguramente generado o empeorado por la pandemia.
- El mayor aporte lo pueden hacer los colegios profesionales impartiendo seminarios, jornadas de capacitación, talleres, sesiones en congresos, orientadas a la seguridad del paciente en segundas víctimas y dirigidas a sus asociados o colegiados, e incorporar en sus códigos de ética y deontología un articulado correspondiente al tema.

2. Implementación

- Se deben implementar guías de manejo desde los ministerios de salud, implementar políticas de uso de diferentes distractores institucionales.

3. Seguimiento

- Se deben implementar procesos de seguimiento y control para las segundas víctimas
- Constitución de la red nacional de seguimiento de las segundas víctimas, con seguimiento desde los entes oficiales.
- Gestión del riesgo desde las ARL= segundas víctimas= efectos psicológicos = incapacidad laboral reconocible.
- El control de la intensidad laboral de cada profesional (profesionales con más de tres turnos) y los procesos y procedimientos de las instituciones.

4. Gestión del conocimiento/normatividad

- Protocolos de acompañamiento para poner en práctica en las instituciones de salud.
- Ofrecer formación en la identificación, prevención y manejo del fenómeno de las segundas víctimas a directivos y coordinadores de calidad y seguridad del paciente de los centros sanitarios.
- Desarrollo y fortalecimiento de políticas, guías y protocolos de actuación.
- Desde el Ministerio de Salud se deben establecer o modificar políticas, acuerdos o decretos que favorezcan al personal de salud involucrado en un evento adverso partiendo del principio de equidad y justicia para todos los involucrados.
- El Ministerio debe crear o regular resoluciones o leyes que reglamenten la contratación y estandaricen por lo alto la remuneración a los profesionales de salud, gestionando en el Senado y el Concejo la expedición de normatividad.

- Ley de salud mental redireccionada al contexto de segundas víctimas y no como una ley general de la salud mental nacional. Ley de las segundas víctimas como la base conceptual, ideológica y legal en el direccionamiento de la política nacional en este tema.
- Los primeros acercamientos se hacen con la política de humanización, pero esta debe estar integrada a los procesos institucionales, a una política institucional, de lo contrario se convierte en una estrategia más.
- Generar normas de programas de atención de segundas víctimas.
- Desde la dirección de la regulación del talento humano en salud debería abordarse el manejo de las segundas víctimas, generando lineamientos orientadores para el país, de amplia difusión, que permitan dentro de la autonomía de las entidades incluirlos en sus políticas de seguridad acordes con los niveles de complejidad de los servicios que presten.
- El ministerio debe tener instaurada una ruta que se active tan pronto se identifique el caso y hacer acompañamiento activo al proceso (si es el caso, que apoye con profesionales en la atención).
- Crear unos lineamientos de abordaje y asesoramiento en el ámbito nacional.
- Fomentar encuentros académicos para compartir experiencias institucionales.
- Incluir en todos los currículos formativos la gestión de riesgos proactiva y reactiva.
- Desarrollar competencias del ser, saber, hacer en las mallas curriculares de los programas académicos.
- Ampliar conocimiento normativo y pedagógico desde la formación en temas de calidad.
- Indicadores en los que se muestren cuáles son los mayores eventos adversos presentados, para hacer énfasis y educación en esos casos, talleres virtuales en los que constantemente nos capacitemos.
- Creación de un indicador sobre segundas víctimas en el Observatorio Nacional de Talento Humano en Salud.
- Diseño de una guía de actuación, para la atención de las segundas víctimas.
- Construcción de un observatorio de casos sobre el cuidado de las segundas víctimas.
- Elaborar un repositorio de experiencias, *benchmarking*.

5. Acompañamiento jurídico

- Dentro de la normativa de sistema de calidad, incluir atenuantes jurídicas para aquellas instituciones que implementen sistemas de atención de eventos adversos para los pacientes y las segundas víctimas.
- Incluir atenuantes jurídicas para los profesionales que reconozcan sus eventos de forma inmediata y reporten.
- Como experiencia personal, algunos jueces solicitaban a las entidades de control, el reporte del evento objeto de juicio. Solo se respondía si el evento había sido o no reportado. Se consideraba que la descripción debía ser negada dentro de la política de protección al reportante, pero esto debe fortalecerse desde la normativa, para eliminar el carácter punitivo y evitar desincentivar el reporte. Debería protegerse desde la normativa este tema.

- Asesoría legal y psicológica desde los colegios.
- Tener pólizas colectivas que protejan a los colegiados (adicional a las individuales que contratan los profesionales)

Pregunta 5: ¿Cómo incluir/vincular el fenómeno de la segunda víctima en la política nacional y las normas vigentes para que se aborde desde las competencias de cada uno de los actores del sistema de salud?

1. Normatividad

- Política institucional enfocada en fortalecer los procesos de seguimiento y control de eventos adversos, en la que se tengan en cuenta los pacientes, familiares y personal de salud.
- Involucrar a todos los actores en el desarrollo de la normatividad.
- Asesoría desde OMS y entidades expertas y gobiernos con normativas ya establecidas.
- Ley de Salud Mental.
- Descripción de las competencias de los actores del sistema.
- Rutas integrales de común acuerdo, basados en la evidencia y en el soporte del conocimiento.
- Subprograma de seguridad del paciente.
- Incluir dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud dichos programas.
- Política pública con un enfoque diferencial y constante apoyo a la segunda víctima e implementación de los programas que busquen acciones y competencias para mejorar.
- Énfasis en los aspectos éticos y bioéticos de los profesionales para que puedan ejercerlos sin inhibiciones frente a aquellas situaciones que impliquen errores y afectaciones a los pacientes y a los funcionarios involucrados para que puedan asumirlos, comunicarlos y solventarlos desde todos los ámbitos de las relaciones interpersonales.

2. Formación desde instituciones de educación superior

- Seguridad del paciente-política
- Salud mental
- Seguimiento de protocolos de seguridad a los pacientes y que para los profesionales de la salud dicho término sea algo común.
- Indicador de impacto y calidad para la habilitación de servicios de salud y acreditación de programas de formación en salud, con evaluación y seguimiento de entes reguladores.
- Cada una de las propuestas debe estar en el marco de una política nacional de calidad en la atención en salud y del ejercicio profesional.

3. Sistema de calidad

- Seguridad del paciente dentro de la normatividad de habilitación, acreditación y PAMEC.
- Desarrollo de guías, protocolos y paquetes instruccionales.
- Manejo de segundas víctimas desde el sistema obligatorio de garantía de calidad, bajo la integridad de los actores del sistema, que involucre no solo la responsabilidad de los

profesionales en salud, sino también la responsabilidad de los usuarios en cada una de las acciones inseguras que se presenten en las atenciones en salud.

- Procedimiento y metodología para afrontar de manera asertiva los eventos adversos para todos los implicados, no solamente para la primera víctima.

4. Trabajo intersectorial

- Análisis del fenómeno que refleje la magnitud de este en congresos, mesas de trabajo, con el fin de educar a los futuros trabajadores en salud.
- Los colegios profesionales y asociaciones especializadas de profesionales deben establecer un trabajo conjunto con los entes rectores en salud. De esta forma, es posible establecer pautas claras para la protección, apoyo y acompañamiento de la segunda víctima, además de las sanciones en caso de incumplimiento. Además, es indispensable elaborar protocolos y guías de manera conjunta.
- Mesas de trabajo con representantes de la salud, la educación y el trabajo.
- Manejo de todos los sectores para formulación de lineamientos de seguridad del paciente.
- Crear equipos de trabajo con solvencia que eleven la problemática y el conocimiento existentes a los órganos políticos competentes, así como los requerimientos necesarios para fortalecer las estrategias de abordaje a segundas víctimas.
- Generación de espacios que permitan el diálogo de diversos sectores a través de una perspectiva inter y transdisciplinar del análisis del fenómeno.

Anexo 3
Lista de verificación para las instituciones de estrategias implementadas en el fenómeno de la segunda víctima

La presente lista de verificación le servirá como un elemento inicial y de diagnóstico a su institución para la implementación de la guía, que le permitirá establecer las acciones y estrategias que quedan pendientes en el marco de la intervención de este fenómeno en el ámbito institucional.

Invitamos a las instituciones y responsables del proceso a diligenciar esta lista, para establecer un panorama institucional. Recuerde que todos los insumos de esta guía son de uso libre, solo debe reconocer la autoría de los miembros del equipo.

1	ESTRATEGIAS GERENCIALES DE APOYO A LA SEGUNDA VÍCTIMA	verificación			
	Acciones para el cumplimiento de la recomendación	Cumple	No cumple	En proceso	Pen-dientes
Direccionamiento estratégico	Se cuenta con recursos financieros propios o externos para la capacitación periódica del talento humano en salud en temas como a. seguridad del paciente b. segundas víctimas c. principios éticos en la atención en salud. Está explícito en el presupuesto institucional.				
	Se cuenta con alianzas estratégicas institucionales para el apoyo psicológico a la segunda víctima y afrontamiento de estrés postraumático.				
	La institución cuenta con un programa de cultura de seguridad del paciente que incluya medición de la cultura de manera periódica, evitar la cultura punitiva y análisis del evento adverso.				
	Dentro de los procesos institucionales se cuenta con estrategias de comunicación efectiva, conocimiento y divulgación de la política de seguridad del paciente y paquetes instruccionales, se evalúa la adherencia.				
	La institución cuenta dentro de su direccionamiento estratégico y los objetivos estratégicos con política de seguridad del paciente, con un enfoque proactivo y de gestión del riesgo.				
	Se evalúa el compromiso de la alta gerencia en la implementación de la política seguridad del paciente y la guía de respuesta a las segundas víctimas.				
	De acuerdo con las condiciones particulares de la institución, se permite viabilizar la implementación de las barreras efectivas en los procesos de atención.				
	La institución cuenta con un comité de seguimiento frente a las segundas víctimas que incluye la evaluación del impacto en salud psicosocial, aspectos legales y profesionales con el apoyo y participación de la alta gerencia.				
	La institución cuenta con una ruta de atención integral para el talento humano en salud involucrado en un evento adverso que se articule y lidere desde calidad en conjunto con talento humano, el sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo.				
	La institución cuenta con estrategias de seguimiento y evaluación en conjunto con el área de recursos humanos para el fortalecimiento de habilidades técnicas, actitudinales y psicológicas del talento humano en salud asistencial.				
La institución realiza mediciones de clima organizacional, de percepción de la seguridad y apoyo administrativo a la segunda víctima.					

1	ESTRATEGIAS GERENCIALES DE APOYO A LA SEGUNDA VÍCTIMA	verificación			
	Acciones para el cumplimiento de la recomendación	Cumple	No cumple	En proceso	Pen-dientes
Documentación	La institución cuenta con políticas para la confidencialidad, no sanción, no revictimización frente el evento adverso del talento humano en salud, tiene mecanismos para la verificación.				
	La institución cuenta con un protocolo y ruta de atención ante la ocurrencia de un evento adverso que se socializa en los procesos de inducción y reinducción del talento humano en salud.				
	La institución cuenta con documentos y procedimientos administrativos para la comunicación con el paciente y con la red de apoyo en caso de ocurrencia de incidentes y eventos adversos.				
	La institución cuenta con herramientas de diseño o comunicación para implementar procedimientos de retroalimentación (feedback) positivo direccionados al talento humano en salud que notifican un evento adverso.				
Fortalecimiento de capacidades	La institución fomenta la estrategia “hablar claro” (speaking up) sobre la seguridad del paciente entre el talento humano en salud y otros profesionales en formación.				
	La institución desarrolla talleres de integración y desarrollo de habilidades blandas.				
	La institución cuenta con acciones de desarrollo profesional y laboral. Se tienen evidencias.				
Asignación de recursos	La institución cuenta con mecanismos establecidos, en los que se analizan las funciones establecidas en los cargos, con el fin de identificar posibles fuentes de sobrecarga laboral en el personal asistencial, para prevenir cansancio y distracción.				
	La institución cuenta con los recursos para capacitación de personal, bienestar del trabajador, infraestructura y dotación enfocados a las acciones de prevención, atención y seguimiento de las segundas víctimas.				
Mejoramiento continuo	La institución cuenta con el plan de actuación ante la ocurrencia de un evento adverso, que incluya aprender de la experiencia de manera pedagógica.				
	La institución genera los espacios de comunicación y resolución entre las áreas para la socialización de las fallas o incidentes identificadas tanto por el equipo auditor de la institución como por los profesionales de salud y su equipo de trabajo.				
	La institución genera los espacios de retroalimentación continua al riesgo, detectados semanalmente al interior de los servicios de salud.				
	La institución establece el número de máximo de pacientes por asignar al profesional de la salud de acuerdo con la criticidad de cada área (urgencias, hospitalización, unidades de cuidado intensivo, pediatría, etcétera) del prestador de servicios de salud.				

2	ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADAS EN LAS SEGUNDA VÍCTIMAS	verificación			
	Acciones para el cumplimiento de la recomendación	Cumple	No cumple	En proceso	Pen-dientes
Antes	La institución garantiza la formación en pautas sobre cómo actuar en relación con el paciente y su red de apoyo frente a la ocurrencia de un evento adverso.				
	La organización tiene definido quién será el apoyo terapéutico para la segunda víctima (se sugiere que sea un experto en seguridad del paciente con formación en afrontamiento de crisis).				
	La institución cuenta o facilita un espacio de confianza (sala de crisis) para la expresión y escucha del talento humano, sin juzgamientos, así como, para lograr identificar las causas que contribuyeron al evento adverso sin presiones ni señalamientos.				
	La institución tiene definidas las acciones de sensibilización sobre prácticas seguras en seguridad del paciente orientadas al paciente y a su red de apoyo.				
	La institución cuenta con un programa estandarizado y en permanente actualización sobre gestión del riesgo, seguridad del paciente, barreras de seguridad.				
	La institución cuenta con programas de capacitación implementados sobre sensibilización formal en las instituciones de salud, centrados en rutas de atención para la segunda víctima que incluyan al talento humano en salud, alta gerencia, supervisores y personal administrativo.				
	La institución cuenta con un programa de inducción al personal de salud que incluye formación con énfasis en riesgos asociados a la atención en salud.				
	La institución cuenta con estrategias de comunicación efectivas, directas, transparentes y empáticas hacia el paciente, la familia y la red de apoyo.				
	La institución cuenta con un protocolo multidisciplinario para la identificación e intervención de la segunda víctima, para un abordaje integral.				
	La institución ha elaborado el sociograma de las unidades o servicios, para identificar qué miembros del equipo de salud son considerados por sus compañeros como las personas más idóneas para proporcionar apoyo ante un evento adverso.				
	La institución cuenta con un protocolo de comunicación abierta y transparente tras la presentación de un evento adverso que permita la comunicación con el paciente y su familia o red de apoyo, dirigido por la alta gerencia y el equipo de salud de la institución, en el que se indiquen funciones, momentos y orientaciones generales para pedir disculpas y orientar a la primera víctima sin vulnerar a la segunda víctima.				
	La institución cuenta con un equipo multidisciplinario para consejería profesional y psicoemocional de libre acceso para la segunda víctima.				

Continúa...

2	ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADAS EN LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS	verificación				
	Acciones para el cumplimiento de la recomendación	Cumple	No cumple	En proceso	Pen-dientes	
Durante	La institución cuenta con una red de apoyo por pares con formación en escucha activa y capacidad para detectar necesidades de apoyo de nivel superior (p. ej. signos de trastorno de estrés postraumático).					
	La institución cuenta con una línea de atención psicosocial con disponibilidad 24h de forma anónima en la que el profesional se pueda comunicar y expresar lo que siente frente a un evento adverso, además de un espacio presencial.					
	Dentro del protocolo de atención a la segunda víctima, se cuenta con la acción de retiro de inmediato al talento humano implicado hacia un ambiente/espacio tranquilo en donde la segunda víctima pueda tener un momento de reflexión y de expresión de sentimientos/emociones, resolución de dudas, acompañamiento y seguimiento.					
	Se cuenta con ruta de primeros auxilios emocionales y psicológicos a la segunda víctima inmediatamente ocurra el evento adverso.					
	La institución cuenta con una ruta que permite el acceso a apoyo psicológico complementario y permanente (escucha, protección, entre otros).					
	La institución ha establecido las acciones inmediatas para el control, reparación del daño y prevención del acoso laboral hacia el talento humano involucrado en un evento adverso.					
	La institución ha establecido acciones de primeros auxilios y apoyo agudo al talento humano en salud involucrado en un evento adverso liderado por una unidad o programa institucional.					
	Dentro de la ruta de atención a las segundas víctimas, se establece una primera comunicación con el jefe inmediato o supervisor, o quien sea delegado para tal fin, con el objetivo de acompañar y apoyar a la segunda víctima e identificar las posibles necesidades de soporte para continuar con la ruta de atención integral al talento humano en salud del área.					
	Posterior	Posterior al evento, la institución permite el acceso a apoyo psicológico complementario y permanente a la segunda víctima.				
		Establecer procesos de apoyo, seguimiento, control por psicología o medicina general, de tal forma que se evalúen los riesgos del trabajador de presentar estrés traumático, evaluar la gravedad de la situación y las posibles soluciones para la resolución del caso o la minimización de las consecuencias.				
Generar acciones direccionadas a recuperar y adaptar a la segunda víctima a su vida laboral.						
Contar con ambientes o espacios privados para la resolución de dudas, acompañamiento y seguimiento a la segunda víctima posterior al evento adverso.						
Implementar una línea de atención psicosocial con disponibilidad 24h de forma anónima en la que el profesional se pueda comunicar y expresar lo que siente frente a un evento adverso, además de un espacio presencial.						
Establecer consejería profesional a cargo de un comité interprofesional de libre acceso.						
Contar con un equipo/ red multidisciplinaria de apoyo en salud psicosocial y para el abordaje del evento adverso.						
Establecer programas de escucha de las necesidades del talento humano en salud y de afrontamiento frente a la ocurrencia de un evento adverso.						
Implementar estrategias de comunicación efectivas, directas, transparentes y empáticas con el paciente, la familia y la red de apoyo.						
Tener una línea de atención psicosocial con disponibilidad 24h de forma anónima en la que el profesional se pueda comunicar y expresar lo que siente frente a un evento adverso, además de un espacio presencial.						
Identificar y diagnosticar los escenarios postraumáticos derivados de los eventos adversos en las segundas víctimas.						

3	ESTRATEGIAS EN EL ÁMBITO LABORAL, SALUD LABORAL	verificación				
	Acciones para el cumplimiento de la recomendación	Cumple	No cumple	En proceso	Pen-dientes	
Antes	Propiciar actividades laborales que motiven y generen nuevas oportunidades de desarrollo profesional y laboral.					
	Generar y motivar la participación en espacios de dispersión grupal, con el fin de fortalecer los vínculos laborales entre el talento humano en salud.					
	Implementar acciones para el manejo del estrés o de situaciones estresantes, mediante técnicas de relajación como el ejercicio físico, las pausas activas y los descansos programados.					
	Realizar análisis de puesto de trabajo del talento humano en salud, identificando elementos o situaciones estresantes.					
	Propiciar espacios de trabajo óptimos de acuerdo con el análisis de puesto de trabajo de acuerdo con las funciones de cargo.					
	Implementar estudios de carga laboral de acuerdo con las funciones de cargo del talento humano en salud.					
	Definir canales de comunicación y seguimiento a las situaciones de estrés, evaluando el clima organizacional por servicio.					
	Capacitar a las brigadas en el manejo de estrés laboral y situaciones de riesgo y promoción de la salud mental.					
	Conformación de equipos de trabajo entrenados y capacitados para la vinculación rápida y efectiva de talento humano en salud que pueda asumir las funciones de la segunda víctima.					
	Construir un protocolo para el abordaje del estrés agudo en el trabajador.					
	Establecer un programa de seguridad y salud en el trabajo en coordinación con las administradoras de riesgos laborales (ARL), basado en orientación administrativa y organizacional, para el manejo de estrés, canales de comunicación efectiva, ambiente laboral positivo y acompañamiento continuo.					
	Durante	Dar la posibilidad de que un compañero sustituya a la segunda víctima en la provisión de apoyo al paciente en lo que resta de jornada laboral.				
		Definir el proceso para reubicar o trasladar de su puesto de trabajo a la segunda víctima de acuerdo con el diagnóstico inicial y las necesidades psicológicas, emocionales, físicas y laborales del talento humano en salud involucrado en un evento adverso.				
Retirar transitoriamente de las actividades laborales de la segunda víctima, hasta tanto se asegure que el trabajador se encuentra en óptimas condiciones para laborar.						
Posterior	Facilitar la reincorporación progresiva de la segunda víctima a su puesto de trabajo.					

4	ESTRATEGIAS PARA GENERAR UN ENTORNO DE SEGURIDAD JURÍDICA PARA EL TALENTO HUMANO EN INSTITUCIONES DE SALUD	verificación			
	Acciones para el cumplimiento de la recomendación	Cumple	No cumple	En proceso	Pen-dientes
Antes	Promover la adquisición de pólizas de responsabilidad para el talento humano en salud y para las instituciones en el caso de presentación de eventos adversos.				
	Diseñar y socializar un esquema institucional de protección jurídica al talento humano en salud.				
	Capacitación constante del personal de salud para que conozcan los riesgos legales inherentes a la atención en salud y seguridad del paciente.				
	Conformación de un proceso de apoyo jurídico para la defensa preventiva.				
	Afiliación institucional a fondos para el auxilio solidario de demandas.				
	Creación de un comité o grupo interdisciplinario para la prevención de demandas judiciales.				
Durante	Fortalecer las acciones orientadas al registro en la historia clínica preservando las pruebas de la atención en salud.				
	Establecer orientaciones para paliar las consecuencias profesionales y legales por parte de un equipo interdisciplinario que incluya a la alta gerencia y al equipo jurídico de la institución.				
Posterior	Proceder a mitigar los riesgos legales lo más pronto posible para evitar la extensión de daños y perjuicios, y, si es el caso, conciliar antes de un proceso judicial si hay pretensiones económicas por atender.				
	Identificar la necesidad de apoyo jurídico para el talento humano en salud involucrado en un evento adverso, en torno a opciones de apoyo legal incluyendo su ubicación y proceso para acceder a dicho soporte.				
	Análisis del evento adverso identificando posibles elementos de responsabilidad civil, como daño, culpa y nexo de causalidad, haciendo énfasis en los eventos adversos prevenibles, ya que estos son generadores de responsabilidad.				
	Análisis del caso en busca de puntos críticos y eximentes en los cuales se debe orientar la defensa legal posterior al evento adverso.				
	Análisis de todos los casos en los que se presenten eventos trazadores y centinela que fueran reportados en el sistema de notificación en conjunto con el área jurídica que puedan generar demandas civiles o penales.				

Fuente: elaboración propia