



PERCEPCIONES DEL TALENTO HUMANO EN SALUD SOBRE LA EXPERIENCIA
Y APOYO INSTITUCIONAL DESPUÉS DE LA OCURRENCIA DE EVENTOS
ADVERSOS CENTINELAS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE MEDIANA Y
ALTA COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN 2020 ESTADO DEL ARTE
DE LA DISCAPACIDAD EN COLOMBIA

EDWIN CALVO VILLEGAS
CAROLINA GARRIDO BARRERA
DIANA URREGO CORTES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD - COHORTE II
MANIZALES
2021

PERCEPCIONES DEL TALENTO HUMANO EN SALUD SOBRE LA EXPERIENCIA
Y APOYO INSTITUCIONAL DESPUÉS DE LA OCURRENCIA DE EVENTOS
ADVERSOS CENTINELAS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE MEDIANA Y
ALTA COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN 2020 ESTADO DEL ARTE
DE LA DISCAPACIDAD EN COLOMBIA

Autores

EDWIN CALVO VILLEGAS
CAROLINA GARRIDO BARRERA
DIANA URREGO CORTES

Proyecto de grado para optar al título de Magister en Gestión de la Calidad en Salud

Tutor

PHD. MARÍA DEL CARMEN VERGARA QUINTERO
MAGISTER ALBA LUCIA PAZ DELGADO
MAGISTER MARÍA EMILIA GONZÁLEZ GUTIÉRREZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD - COHORTE II
MANIZALES
2021

RESUMEN

Objetivo: Describir las percepciones del talento humano en salud sobre la experiencia y apoyo institucional después de la ocurrencia de eventos adversos centinelas en una institución de salud de mediana y alta complejidad en la ciudad de Medellín 2020.

Metodología: Método mixto con énfasis cuantitativo, de alcance descriptivo, población constituida por 85 personas de unidades de atención de cuidados intensivos, cuidados intermedios, gineco-obstetricia, perinatología, quirúrgica y personal asistencial, administrativo y directivo vinculado con el programa de seguridad del paciente. Se utilizaron como técnicas de recolección la revisión documental y la encuesta, se ordenaron los datos en SPSS y se realizó análisis univariado y bivariado, además análisis interpretativo de la matriz de herramienta de apoyo y experiencia de la segunda víctima (SVEST).

Resultados: Dentro de las características socio demográficas y laborales del personal asistencial, administrativo y directivo participante en el estudio, se destaca que el 59% de personal está entre 31 y 50 años, 77,65% pertenecen al sexo femenino, 29% con nivel educativo técnico y laborando en cargos administrativos en un 41%. Por otra parte, en cuanto a la experiencia del personal de salud vinculado con la ocurrencia de los eventos adversos centinelas, se pudo evidenciar que el 29% de los encuestados presentaron sentimientos de culpa, manifestados en sentimientos de tristeza en la mitad de estas personas. Se estima que una tercera parte de las personas que participaron en este estudio han tenido una experiencia de segunda víctima durante sus carreras profesionales. Las formas de apoyo institucional deseadas por el personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos centinelas, corresponden en primera instancia, en un 46% a una conversación con el jefe inmediato o un superior sobre el evento. Finalmente, las percepciones que tiene el personal de salud sobre las afectaciones que puede tener la institución por la ocurrencia de eventos adversos centinelas están definidas como pérdida de la credibilidad, afectaciones legal y económica. El evento con mayor prevalencia es el asociado con la administración de medicamentos, seguido al de procedimientos.

Conclusiones: A partir del estudio es posible visibilizar que el talento humano en salud, no reconoce el concepto de segundas y terceras víctimas de los eventos adversos, aunque sí se reconoce las afectaciones generadas a partir de la ocurrencia del evento; a través de la aplicación del instrumento SVEST, se identificaron las relacionadas con las segundas víctimas, talento humano en salud, quienes manifestaron reacciones emocionales negativas como tristeza, vergüenza y temor tras la ocurrencia del evento adverso; adicionalmente las afectaciones de la tercera víctima se asociaron en función de la reputación de la entidad; todas estas sino son intervenidas a tiempo pueden originar fenómenos posteriores que alteran la operación de las instituciones.

Palabras Claves: Víctimas, Eventos Adversos Centinela, Svest, Seguridad del Paciente, Talento humano en Salud.

ABSTRACT

Objective: Describe the perceptions of health human talent on the experience and institutional support after sentinel adverse events happened in a medium and high complexity clinic in the city of Medellín 2020.

Methodology: A mixed-method with a qualitative emphasis, descriptive in scope. The population consists of 85 people from intensive care, intermediate care, gynecology-obstetrics, perinatology, and surgical units, as well as assistance, administrative, and management personnel linked to the patient safety program. Data was collected through documentary review and surveys, they were tabulated in SPSS software, and univariate and bivariate analyses were made. Besides, an interpretative analysis of the second victim experience and support tool (SVEST) matrix took place.

Results: Based on the socio-demographic and labor characteristics of the assistance, administrative and managerial personnel, it can be highlighted that 59% of them are between 31 and 50 years old, 77,65% are female, 29% have a technical education level, and 41% have an administrative position. On the other hand, in regards to the experience of health personnel linked to the occurrence of sentinel adverse events, it can be evidenced that 29% of those surveyed presented feelings of guilt, and half of them felt sadness. It is estimated that one-third of the health personnel who participated in this study have had any second victim experience during their professional careers, and the most preferred institutional support pathway after facing the occurrence of sentinel adverse events is talking to the line manager or direct supervisor about the situation with a 46% of acceptance. Finally, the health personnel defined that some affectations for the occurrence of these sentinel adverse events are loss of credibility and legal and economic issues; the most prevalent events are associated with medication administration and medical procedures.

Conclusions: The study evidenced that health human talent is not aware of second and third victims of adverse events concept although they do recognize the affectations of the occurrence of the event. The SVEST matrix allowed to identify affectations related to second victims, health human talent, who presented negative emotional reactions such as sadness, shame, and fear after the adverse event happened. Additionally, third victims' affectations are associated with the clinic's reputation, and whether they are not intervened on time, they can lead to subsequent events that may affect the operation of the health institutions.

Keywords: victims, sentinel adverse events, patient safety, health human talent.

CONTENIDO

1	PRESENTACIÓN.....	13
2	ANTECEDENTES.....	15
3	ÁREA PROBLEMÁTICA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	24
4	JUSTIFICACIÓN.....	30
5	REFERENTE TEÓRICO.....	33
5.1	REFERENTE CONCEPTUAL.....	33
5.2	REFERENTE NORMATIVO.....	37
5.3	REFERENTE CONTEXTUAL.....	40
6	OBJETIVOS.....	42
6.1	OBJETIVO GENERAL.....	42
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
7	METODOLOGÍA.....	43
7.1	ENFOQUE.....	43
7.2	ALCANCE.....	43
7.3	POBLACIÓN.....	43
7.4	MUESTRA.....	44
7.4.1	Criterios De Inclusión En El Estudio.....	45
7.5	FUENTES DE INFORMACIÓN.....	47
7.5.1	Técnicas E Instrumentos De Recolección.....	48
7.5.2	Fases De Recolección De La Información.....	49
7.5.3	Ordenamiento De Los Datos.....	49
7.6	PLAN DE ANÁLISIS.....	49
8	RESULTADOS.....	51
8.1	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.....	51
8.2	DESCRIPCIÓN DEL REPORTE INSTITUCIONAL DE ATENCIONES INSEGURAS.....	58

8.3	PERCEPCIONES DEL PERSONAL SOBRE LA EXPERIENCIA DIRECTA O INDIRECTA RELACIONADA CON LA OCURRENCIA DE EVENTOS CENTINELAS	62
8.4	PERCEPCIONES SOBRE EL TIPO DE APOYO ESPERADO POR EL PERSONAL CON EXPERIENCIA DIRECTA O INDIRECTA RELACIONADA CON LA OCURRENCIA DE EVENTOS CENTINELAS	68
8.5	ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS FORMAS DE APOYO DESEADAS	72
8.6	AFECTACIONES DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD CUANDO SE PRESENTA UN EVENTO ADVERSO.....	73
9	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	75
10	CONCLUSIONES	84
11	RECOMENDACIONES	86
12	REFERENCIAS	89
13	ANEXOS.....	93

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Cálculo de muestreo	44
Tabla 2: Matriz de operacionalización de variables	45
Tabla 3. Distribución de la clasificación de los reportes de atenciones inseguras periodo 2015-2020 en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín.....	59
Tabla 4. Percepciones del personal sobre la experiencia directa o indirecta relacionada con la ocurrencia de eventos centinelas	63
Tabla 5. Percepciones sobre el tipo de apoyo esperado por el personal con experiencia directa o indirecta relacionada con la ocurrencia de eventos centinelas	68
Tabla 6. Percepciones de las personas en relación con el nivel organizativo.	71
Tabla 7. Formas de apoyo deseadas	72
Tabla 8. Afectaciones de la institución de salud Escala de Likert	73

LISTA DE FIGURAS

Gráfica 1. Distribución porcentual del rango de edad del talento humano en salud encuestado, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2020.	51
Gráfica 2. Distribución porcentual del nivel educativo del talento humano en salud encuestado, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2020.	52
Gráfica 3. Distribución porcentual del nivel organizativo del talento humano en salud encuestado, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2020.	52
Gráfica 4. Distribución porcentual por servicio del talento humano en salud asistencial encuestado, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2020.	53
Gráfica 5. Distribución porcentual de la Posición laboral del talento humano en salud encuestado, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2020.	54
Gráfica 6. Distribución porcentual de la Posición laboral del talento humano en salud encuestado clasificado como otro, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2020.	55
Gráfica 7. Distribución porcentual de la Antigüedad en la institución del talento humano en salud encuestado clasificado como otro, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2020.	56
Gráfica 8. Distribución porcentual de la Antigüedad en el área/unidad/servicio del talento humano en salud encuestado clasificado como otro, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2020.	57
Gráfica 9. Distribución porcentual de la Antigüedad en Años de experiencia en el área/unidad/servicio del talento humano en salud encuestado en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2020.	58

Gráfica 10. Distribución de la clasificación de los reportes de atenciones inseguras periodo 2015-2020 en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín.....	59
Gráfica 11. Distribución del tipo de los reportes de atenciones inseguras periodo 2015-2020, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín.	60
Gráfica 13. Distribución de los desenlaces asociados a los eventos adversos centinelas periodo 2015-2020, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín.....	62
Gráfica 14. Distribución de acuerdo con la percepción de la experiencia tras la ocurrencia de un evento adverso centinela en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2021.	67
Gráfica 15. Valoración de la percepción sobre el tipo de apoyo esperado por el personal con experiencia directa o indirecta relacionada con la ocurrencia de eventos centinelas en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2021.....	70

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: Encuesta sobre la experiencia y apoyo a las segundas y terceras víctimas de los eventos adversos severos y centinelas por parte del personal asistencial y directivo vinculado con el programa de seguridad del paciente y los subprogramas de intervención.....	93
ANEXO 2: Definición de términos y conceptos	101

1 PRESENTACIÓN

La seguridad personal o grupal es uno de los principios fundamentales, en la atención del o de los pacientes y un punto crítico en los procesos de gestión en la calidad asistencial, como toda atención inmediata de salud, no está exenta de riesgos, accidentes o reacciones adversas en los procesos de atención en salud. Los actuales conceptos de seguridad del o de los pacientes, son entera responsabilidad de la mala práctica o deficiencias en los procesos, diseños, la organización y en especial por el funcionamiento de los sistemas; dejando de lado a los pacientes, por tal motivo el desarrollar las condiciones adecuadas para una cultura sin culpa, es un desafío que debemos de tomar.

Se lanzaron iniciativas a los integrantes de la Organización Panamericana de la Salud, y otras organizaciones mundiales, basadas en la formulación de una clasificación de la seguridad del paciente, que ayudará a registrar eventos adversos; identificando y divulgando las practicas más resaltantes; facilitando los análisis de los orígenes de los errores y poder prevenir con la constante práctica. Todos los participantes y profesionales involucrados en la seguridad del paciente deben de estar organizados, en buscar que la atención al paciente se considere como doctrina de seguridad.

Este trabajo tuvo como objetivo describir las percepciones del talento humano en salud asistencial, administrativo y directivo sobre los Eventos Adversos centinelas en una institución de salud de mediana y alta complejidad en la ciudad de Medellín, 2020, y poder obtener información sobre el ambiente en el que laboran, a partir de los efectos que sus condiciones producen sobre las situaciones que se han presentado, y cómo han sido manejadas. La metodología utilizada corresponde a un estudio mixto con alcance descriptivo que busca caracterizar las percepciones del personal de salud derivadas de la ocurrencia de un evento adverso centinela en una institución de mediana y alta complejidad.

El documento está dividido en 15 capítulos. La estructura del estudio inicia con la definición del área problemática, los antecedentes, la justificación. Sigue el referente teórico que comprende un referente conceptual, un referente contextual y un referente normativo. Los objetivos se presentan a continuación, para abordar posteriormente la metodología con todos sus aspectos de enfoque, alcance, población, muestra, criterios de inclusión, técnicas, fases, ordenamiento de datos, plan de análisis y el análisis de la información. En las consideraciones éticas, se presentan todos los aspectos de la parte ética que se tuvieron que incluir para garantizar un adecuado manejo de la confidencialidad y cumplimiento de la ley en este aspecto. Sigue la sección de resultados, pasando a la discusión. En las conclusiones se presentan los aportes más significativos con respecto a los objetivos planteados, continuando con las recomendaciones y limitaciones. El documento cierra con la bibliografía y los anexos.

2 ANTECEDENTES

La OMS define la seguridad del paciente como “la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria” (10) . Sin embargo, la presentación de los eventos adversos en las instituciones en salud es una realidad cada vez más visible debido al fortalecimiento de la cultura de reporte.

La seguridad del paciente ha cambiado drásticamente con el pasar del tiempo y aunque se perciba como un concepto nuevo, la historia evidencia que la percepción del riesgo durante la atención a los pacientes “enfermos”, ha existido desde la antigüedad, como lo describen Rodríguez y Losardo (11): “Tal vez el texto más conocido es el Código de Hammurabi, un tratado escrito - en acadio - en una estela de basalto que hoy se encuentra en el Museo del Louvre, en París. Este código que contiene 282 leyes - es un ejemplo de legislación - es la obra más perdurable del rey babilonio Hammurabi (1810-1750 a. C.). Once de estas leyes se refirieren al acto médico, en particular la que se toma como origen de la “ley del Talión”, la ley 218, que dice: “Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien si lo operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se cortarán sus manos” (7). La “ley del Talión” constituye un intento de establecer una proporcionalidad entre el daño recibido en un crimen y el daño producido en el castigo. El término “Talión” significa idéntico o semejante” (8).

La civilización hindú y su texto medico Ayurveda de 2000 años A.C establece “que el estudiante y practicante del arte de sanar se debe consagrar en “alma y cuerpo” al bien de los enfermos. Prohíbe el uso de venenos que dañen al paciente, en traición de la confianza propia del arte curativo, y, además, se advierte al sanador que debe evitar revelar datos comprometedores del enfermo, o de la familia del enfermo” (11)

La civilización china a través de sus compendios que datan de unos 1400 A.C, hace referencia según lo describe Rodríguez y Losardo (11) “al deber de buen actuar del sanador, y su compromiso con la recuperación de la salud del enfermo.

La civilización helénica 1200 A.C (11) dio grandes avances en la seguridad del paciente al desarrollar las primeras nociones de la higiene en la atención al enfermo para la disminución de las infecciones, ya reconocidas como complicaciones durante el proceso de sanación. Hipócrates de Cos (c. 460-370 a. C.) y su escuela, contenida en el Corpus Hippocraticum con su máxima Primum Non Nocere (11) establece una premisa que hasta hoy está vigente “el acto médico no debe causar daño al paciente (Epidemias, libro I, sección II, número V)” a pesar de los pocos avances de la medicina entre los años 476-1453 periodo histórico del fundamentalismo religioso, este periodo permitió el fortalecimiento ético de la práctica médica; después de este periodo resurgió la medicina desde la mística hacia la ciencia y permitió una formación más formal, dando origen a estudios que mejoraron la práctica médica lo que genero reducción del riesgo; sin embargo fue después de las publicaciones de Williams Deming (1) y su aplicación de las metodologías de control de calidad a la industria bélica de EE.UU. que el sector salud aprendió y aplico esta metodología, inicia así el concepto de seguridad del paciente desde el ámbito del control estadístico de la calidad, lo que obligo a la toma de medidas para minimizar el impacto de prácticas identificadas como poco seguras.

Claramente los inicios de concepto de seguridad contaban con un enfoque de carácter punitivo frente al error procurando disuadir prácticas imprudentes, lo que, contribuyendo a evitar el error, pero adicionalmente ese carácter de culpa sobre el error pudo contribuir a que los errores de la práctica médica no fueron reportados lo que enlenteció el avance de la instauración de las barreras para minimizar el riesgo.

A partir de los diferentes estudios existentes en seguridad del paciente se reconoce la existencia de eventos adversos, de los que sin lugar a duda los más representativos son a nivel internacional.

El ENEA (9): Estudio español en una muestra de 24 establecimientos que tuvo por objetivo determinar la incidencia de Eventos Adversos (EA) en los hospitales de España, describir sus causas inmediatas, definir los EA evitables, y conocer su impacto en términos de

incapacidad, muerte y/o prolongación de la estadía hospitalaria. El estudio detectó una incidencia de 9,3% pacientes con EA, la mayoría de ellos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria. En 22,2% el EA fue la causa del reingreso. El 45% se consideraron leves, el 39% moderados y el 16% graves. El 37,4% de los EA estaban relacionados con la medicación, 25,0% con problemas técnicos durante un procedimiento, y 25,3% fueron infecciones nosocomiales. El 42,8% de los EA se consideró evitable.

APEA (10): Estudio similar al ENEA, orientado esta vez a los servicios de atención primaria de salud. Se evaluó 48 Centros de Atención Primaria pertenecientes a 16 Comunidades Autónomas de España. La prevalencia de EA fue 11,18%. El 54,7% se consideraron EA leves, el 38,0% moderados y el 7,3% graves. Se consideraron EA completamente inevitables el 6,7%, poco evitables el 23,1%, y claramente evitables el 70,2% de los casos.

SYREC (11): Estudio español en unidades de cuidados intensivos. La probabilidad de sufrir al menos un incidente relacionado con la seguridad fue de 62%, con una tasa de 5.89 incidentes por cada 100 pacientes/hora. Los incidentes más frecuentes fueron los relacionados con fármacos. El 90% de todos los incidentes y el 60% de los eventos adversos fueron clasificados como evitables o posiblemente evitables. El porcentaje de eventos adversos detectados dentro del total de incidentes fue del 33.8%, con casi un 21.5% en los que existió un daño moderado (daño temporal o prolongación de la estancia) y un 3.65% con daño grave (daño permanente o compromiso vital).

To err is human (1): Este es el ya "mítico" reporte del Quality of Health Care in America Committee del IOM (Institute of Medicine) de EE.UU., basado en dos grandes estudios realizados en Colorado y Utah, y el otro en New York, que encontraron que los EA ocurrían en alrededor de un 5,5% de las hospitalizaciones, que alrededor de 10% de ellos conducían a la muerte, y que más de la mitad de ellos resultaban de errores que, podrían haberse prevenido. Así, los EA serían una importante causa de muerte, mayor que los accidentes de tránsito, el cáncer de mama o el SIDA.

Para Latinoamérica se realizó el estudio IBEA (12), desarrollado en 5 países de la región (México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina) y evidenció que en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufre al menos un daño durante su atención.

Posteriormente el estudio de prevalencia de eventos adversos en la atención ambulatoria, AMBEA (13), fue hecho en 4 países de Latinoamérica y se basó en la ya demostrada capacidad de los pacientes como informantes de eventos adversos graves. En 2080 pacientes entrevistados la prevalencia de eventos adversos fue del 5.6%, 73.3% de ellos relacionados con la medicación.

Específicamente para Colombia el Ministerio de Salud y la Protección Social (12), en el documento de seguridad del paciente y la atención segura describe como “En el estudio IBEA, Colombia específicamente mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento.

Durante todos estos años ha continuado la investigación respecto de la evidencia científica de las prácticas seguras y la implementación de las prácticas recomendadas, sin embargo, podemos decir que aún hoy cada año, decenas de millones de pacientes en todo el mundo sufren daño o mueren como resultado de un cuidado médico inseguro. Un reciente reporte de Ashish (7) muestra que los eventos adversos debidos a errores en el cuidado médico representan la mayor fuente de morbilidad y mortalidad global (42.7 millones de eventos adversos que representan 23 millones años de vida perdidos por discapacidad) (7). Cada vez más se reconoce que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se presta son aspectos fundamentales asociados a la cobertura sanitaria universal.

En 1984, David Hilfiker (14), publicó el artículo Facing our mistakes (Enfrentando nuestros errores), el cual fue el primer reconocimiento abierto de eventos adversos en la práctica médica. En este estudio se describe a través de su experiencia lo que significó, su propio error en el ejercicio de la medicina y abrió la polémica al respecto; sin embargo, el

reconocimiento trascendental para las segundas víctimas fue la referencia que de estas realizó Albert Wu en el año 2000 (15), quien a través de este término logró describir al profesional que a partir de la ocurrencia de los Eventos adversos queda traumatizado por esa experiencia o pierde la capacidad de hacer frente emocionalmente a la situación. A partir de ahí se ha intentado conocer y explicar este fenómeno de segundas víctimas para lograr brindar un apoyo efectivo a los profesionales de la salud a través del entendimiento del fenómeno; al reconocer que, tras la ocurrencia del evento adverso, se generaba la primera víctima el paciente y la segunda víctima el talento humano en salud.

El propósito de los diferentes estudios descritos se centró en mayor medida en conocer la magnitud de los eventos adversos, sus principales asociaciones, los servicios clínicos más susceptibles para que se presentaran, así como la mortalidad de los pacientes, el aumento de estancia hospitalaria, reintervenciones quirúrgicas, y la discapacidad asociada. el término de “Segundas Víctimas”, fue descrito en el año 2000 por Albert Wu (15), quien a través de la historia de un colega quien debido a una interpretación errónea de una imagen diagnóstica “ecocardiograma” ocasiona retraso en el diagnóstico y en la oportunidad de la atención de un paciente con un taponamiento cardiaco; situación que no solo generó el evento adverso en el paciente sino además en el médico que además siente culpa, inseguridad, temor de afrontar al paciente y a su familia, señalamientos malintencionados y crueles a este colega, a quien definió como la segunda víctima de un evento adverso (15), fue solo hasta que el Doctor WU acuñó el término y definió las segundas víctimas que se inició el estudio de este fenómeno alrededor del mundo.

Scott et al (16), realizaron un estudio exploratorio cualitativo, que buscó caracterizar las vivencias y trayectoria de recuperación de segundas víctimas en 31 profesionales (2003 y 2007). Utilizó una guía de entrevista semiestructurada de 25 ítems con datos demográficos personales y profesionales, recuento de los participantes de las circunstancias del evento adverso, síntomas físicos/psicosociales experimentados y recomendaciones para mejorar el apoyo posterior al EA. Este estudio concluyó que todos los participantes recordaron fácilmente el impacto inmediato que sacudió su carrera, revelando una trayectoria de

recuperación a través de seis etapas y características: 1) Respuesta al caos y accidente, 2) restaurar la integridad personal, 4) soportar la inquisición, 5) obtener primeros auxilios emocionales, y 6) seguir adelante; esta última condujo a tres resultados: abandonar, sobrevivir o prosperar. El estudio proporcionó además información sobre el tipo y la calidad del apoyo institucional y de sus pares, recomendando capacitación a los supervisores de primera línea para brindar apoyo inmediato y específico durante las primeras etapas.

Scott et al (16), en su estudio del año 2009, identifica a partir de la aplicación de un formato de entrevistas a 31 segundas víctimas, las etapas de recuperación y características de las etapas que definen la historia natural de las segundas víctimas y proporciona recomendaciones para el abordaje de las segundas víctimas, sin embargo este estudio está relacionado con las experiencias y los momentos de intervención después de la ocurrencia del evento, por lo que aún se desconoce qué secuelas quedan tras la ocurrencia de eventos adversos.

En cuanto a las terceras víctimas. El Dr. Charles Denham en 2007 (17), es quien introduce el concepto, y está representada por la institución de salud en la que ocurrió el evento adverso y cuya reputación queda perjudicada (17). Esta tercera Víctima fue visibilizada por Denham a través de la publicación confiar: los 5 derechos de la segunda víctima. (17), donde se describe la tercera víctima de los eventos adversos como las instituciones sanitarias donde estos EA ocurren, lo que genera una pérdida de prestigio entre ciudadanos y pacientes.

Las segundas víctimas relacionadas fuertemente con la severidad del evento adverso fueron descritas en 2013 por Aranaz et al, (18) estableciendo a través de su estudio cualitativo, las graves secuelas emocionales en las segundas víctimas y recomendaciones de abordaje con un espacial énfasis en la necesidad de información transparente para las víctimas que se originan a partir de la ocurrencia de los eventos adversos.

Ullström S, et al en 2013 (19), en el artículo al que tituló Sufrir en silencio: un estudio cualitativo de segundas víctimas de eventos adversos, los autores permiten identificar las afecciones en los profesionales relacionados en la ocurrencia de un evento adverso y los resultados del mismo confirmaron que tras la ocurrencia de estos eventos se produce estrés emocional, que se asocia fuertemente a dos momentos: el primero cuando se produce el incidente y el segundo relacionado con el manejo que la institución le da al mismo. Los estudios descritos resaltaron el fenómeno de los eventos adversos, pero no permiten identificar las secuelas para las segundas y terceras víctimas luego de la ocurrencia de los eventos adversos centinelas en las instituciones de salud de mediana y alta complejidad, aunque sí dan una visión global del fenómeno a través del uso y la validación de instrumentos que se acercan a la adscripción del fenómeno de las segundas víctimas en cada contexto; sin embargo, las terceras víctimas son aún un territorio inhóspito en cuanto investigaciones tendientes a identificar las secuelas de la ocurrencia que los eventos centinelas tienen en estas.

Carrillo I, et al (20), describen en su estudio realizado en España cuyo objetivo se centró en identificar los enfoques metodológicos y avances de un conjunto de estudios que se han realizado en España desde 2014 en la línea de investigación sobre segundas víctimas, mediante la evaluación del impacto de los eventos adversos (EA) en los profesionales sanitarios. Una visión global del fenómeno de las segundas víctimas en términos de impacto, frecuencia y existencia de actuaciones dirigidas a abordar este fenómeno, en el estudio se identificaron sin embargo la existencia de afecciones de tipo emocional para el profesional afectado y un importante impacto económico en términos de días de absentismo laboral, de prescripción innecesaria de pruebas ligada a un incremento en la inseguridad en la toma de decisiones clínicas y de pérdida de profesionales que deciden abandonar la profesión, a esto se suman los costes asociados a la pérdida de reputación y de imagen social de las instituciones (terceras víctimas).

La metodología del Estudio fue descriptiva, dando a conocer qué se hacía y qué se podría hacer en hospitales y en atención primaria para abordar el fenómeno de las segundas

víctimas. Se diseñó, por consenso del equipo investigador, un cuestionario online con 45 intervenciones agrupadas en 5 categorías: 1) cultura de seguridad; 2) plan de crisis en caso de un EA grave; 3) comunicación y transparencia con el paciente y su familia; 4) atención a las segundas víctimas, y 5) comunicación e imagen institucional. Para cada una de las intervenciones, se evaluó el grado de implantación en la institución del participante y el grado de utilidad percibida. utilizaron un muestreo aleatorizado estratificado por comunidad autónoma y perfil profesional (directivo o coordinador de seguridad). Se invitó a responder a un total de 635 profesionales, 328 directivos y 307 coordinadores de seguridad. El tamaño muestral fue calculado para un error máximo del 5%.

En el mundo se reconoce el error humano asociado a la atención en salud, así como el fenómeno de segundas y terceras víctimas; sin embargo, los pocos estudios realizados permiten identificar algunos rasgos en común frente a las posibles secuelas en las víctimas; sin embargo, estos han estado centrados en reconocer algunas características del fenómeno, de manera muy somera en identificar las secuelas de los eventos adversos centinelas en las segundas y terceras víctimas.

Mira et al, en el 2015 (18), desarrolló un estudio con el objetivo de describir cómo en las instituciones sanitarias de España se realizaban acciones de apoyo a las segundas víctimas y se protegía la reputación de las terceras víctimas. “los resultados del estudio revelaron que la mayoría de las organizaciones sanitarias españolas no cuentan con un programa de apoyo a segundas víctimas o un plan para proteger la reputación de la institución como terceras víctimas en caso de que se produzca un EA grave en uno o más pacientes. Los resultados también sugieren la necesidad de que muchas instituciones españolas adopten plenamente la práctica de divulgación abierta. Las organizaciones sanitarias deben proponer pautas sobre cómo interactuar con los pacientes que sufren EA de forma ética. En atención primaria, hay menos protección para la segunda y tercera víctima que en los hospitales”. Sin embargo, en gran parte de las instituciones de salud no cuentan aún con programa de atención a segundas víctimas de los eventos adversos.

Los estudios frente a segundas víctimas carecían de instrumentos validados que permitieran conocer la experiencia de las segundas víctimas de los eventos adversos hasta el 2017 que Burlison et al desarrolló y validó la herramienta de apoyo y experiencia de la segunda víctima (SVEST). Con el fin de evaluar las experiencias de las segundas víctimas, y la calidad de los recursos de apoyo existentes en las instituciones de salud. Más adelante este instrumento se validó y adaptó aplicó en estudios para diferentes países como Korea, China y Argentina (21).

3 ÁREA PROBLEMÁTICA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Los eventos adversos en las instituciones prestadoras de servicios de salud no son un tema nuevo de estudio, mucho se ha dicho acerca de la ocurrencia de estos y cómo se asocian a la calidad en la prestación del servicio; sin embargo, a partir de la publicación “Errar es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos (1), se dio vida al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. En respuesta a esta situación considerada como un problema de salud pública, una verdadera epidemia, en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2), creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes, hoy Programa de Seguridad del Paciente de la OMS y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar los eventos adversos prevenibles. Desde entonces son gigantescos los esfuerzos que se realizan para mejorar la seguridad de la atención y numerosas publicaciones internacionales que evidencian el problema y entregan soluciones. Cinco años después de publicado el reporte y de haberse iniciado las acciones tendientes a disminuir el problema, paradójicamente la percepción del consumidor de la salud en el mundo parecía mostrar que, en vez de mejorar, se había empeorado.

Sin embargo, el reconocimiento de los eventos adversos y su posterior clasificación de acuerdo con su causa, la severidad y discapacidad resultante entre otros, permitió reconocer la importancia de gestionar el riesgo asociado a la atención para prevenir que los eventos adversos se presentarán nuevamente. (3)

Claramente la clasificación permite reconocer las posibles secuelas ante un evento adverso, pero teniendo como eje central la afectación al paciente, incluso se ha llegado clasificar el nivel de impacto de los eventos adversos en las primeras víctimas (los pacientes); muy poco se ha dicho en referencia a lo que ocurre con las segundas y terceras víctimas, es decir el personal de salud relacionado en el evento y la institución de salud en la cual se materializó el riesgo dando origen al evento adverso.

Dentro de la clasificación por severidad los eventos adversos considerados como graves, o centinelas, recogen en mayor grado de la atención dentro de los sistemas de salud debido a que estos, tal como afirma la Organización Panamericana de Salud “tiene tal magnitud que causa el fallecimiento del paciente, o le provoca lesiones (físicas o psicológicas) graves si llega a sobrevivir” (4). Es decir, que es una condición que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida, cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención.

Los eventos adversos centinelas se asocian más fuertemente al fenómeno de segundas y terceras víctimas, Scott et al. (5), define el término segundas víctimas como todo proveedor de servicios sanitarios, que participa de alguna forma en un EA a consecuencia de lo cual queda emocional y profesionalmente traumatizado (4) y Tercera víctima la institución prestadora de servicios de salud donde ocurre el Evento adverso.

Si bien es cierto el abordaje de las secuelas de los eventos adversos es un tema difícil para las instituciones de salud las relacionadas con las segundas y terceras víctimas aún más, se desconocen los efectos directos que la ocurrencia de los eventos adversos alcanzan a tener en las segundas y terceras víctimas, a veces silentes en las instituciones de salud por lo que existen brechas referentes a la percepción de los profesionales, acerca de los eventos adversos centinelas y las posibles consecuencias sobre los profesionales y las instituciones prestadoras de servicios de salud.

los eventos adversos como indicadores inequívocos de fallas en la calidad, afectan más severamente al paciente, al equipo de salud y a la institución prestadora de servicios de salud, si se trata de un evento centinela siendo la materialización clara de un riesgo que genera graves afectaciones difíciles de abordar por todos los actores involucrados; sin embargo La seguridad del paciente puede ser subjetiva y está ligada al papel que cada uno de los actores representa en el proceso de atención en salud; lo que puede ser un entorno seguro para la institución y para el personal de salud, puede ser percibido como inseguro por el paciente, es así como la seguridad del paciente no se puede asimilar aisladamente, los

protagonistas de la atención deben estar en capacidad de interactuar para la construcción conjunta de prácticas seguras que minimicen el riesgo de que el paciente sufra algún daño durante la atención de salud, es de esta interacción de la que se generan estrategias que involucren como lo menciona Donabedian (5), los diferentes enfoques para evaluar la calidad de la atención sanitaria, los cuales son estructura, proceso y resultado; siendo la calidad de la atención en salud sin lugar a duda una prioridad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Avedis Donabedian (5), considera la calidad como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Dicho así la seguridad del paciente es una expresión clara, un atributo innegable de la calidad en la atención de salud, y la materialización de los riesgos en un evento adverso como una falla en la gestión de la calidad en el proceso de atención de los pacientes. Tomando lo dicho por Donabedian (5), la calidad integra tres variables en la relación médico paciente, una que corresponde a lo técnico, la segunda a las relaciones interpersonales, y la tercera hace referencia a la relación con el entorno donde se provee la atención, factores claves cuando se habla de seguridad del paciente y por supuesto cuando se identifican las víctimas de un evento adverso durante la atención en salud.

La seguridad del paciente es un problema de salud pública en todo el mundo, según constata la OMS. Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital, siete en los países desarrollados y otros 10 en los países en desarrollo, contraen infecciones relacionadas con la atención de salud. De tal forma que millones de pacientes se ven afectados por este problema cada año en todo el mundo (2).

Las fallas que se presentan durante el proceso de atención en salud como lo son los eventos adversos, representan para los actores del SGSSS costos de no calidad, siendo estos quienes deben asumir la materialización del riesgo, al invertir considerables recursos para resolverlos y mitigar los daños que se generan en ocasión del evento. Por lo que la Seguridad del Paciente es una prioridad cuando de calidad se trata en las instituciones

prestadoras de servicios de salud y que trascienden del prestador, integra al asegurador y al estado, representado en los entes de control, el ministerio, secretarías de salud departamentales y municipales, donde los incidentes, y eventos adversos son la alerta de la existencia de una atención insegura o barreras insuficientes para contener el riesgo.

La guía para la metodología del cálculo de costos de calidad y no calidad (6), describe “Además de los costos directos sufragados por el presupuesto del hospital, la no calidad, es para los establecimientos de salud un factor de riesgo. Según Ville (6), estos riesgos se producen a tres niveles: el paciente, el establecimiento y la sociedad”.

Un riesgo para la seguridad del paciente: el hospital no debe convertirse en un lugar de riesgos a causa de la existencia de zonas de no calidad en la cadena de cuidado. Un riesgo para el establecimiento a dos niveles: económico y comercial. El no respetar la demanda de los pacientes en cuanto a las prestaciones de hospitalización, la recepción y la calidad de los cuidados, puede implicar una pérdida de confianza por parte de estos, asociada a una mala imagen del establecimiento; El riesgo puede ser social: puede también implicar una pérdida de confianza que necesita el personal hospitalario para brindar cuidados de calidad.

Los eventos adversos representan entonces para las instituciones de salud la materialización de costos de la no calidad en los tres tipos de víctima:

La Primera Víctima el paciente, quien tiene una afectación directa en su estado de salud y en las expectativas frente a la prestación de los servicios, el segundo tipo o Segunda Víctima el personal de salud, este pierde confianza en sí mismo y en sus competencias, afectando su bienestar físico, emocional, laboral, social y familiar, posterior a la ocurrencia del evento adverso, esto se ve reflejado directamente en la calidad de la atención que brindan a sus pacientes y la Institución Hospitalaria es la Tercera Víctima donde se presenta el evento adverso, en esta se puede ocasionar claramente un deterioro de su imagen corporativa, disminución en la demanda de los servicios, por la pérdida de confianza de los usuarios y es quien debe asumir de manera directa el costo de la no calidad.

La calidad vista a través de la seguridad del paciente es un interés nacional e internacional, es así como a través de la guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” (7) se reúnen diferentes estrategias costo efectivas para la seguridad del paciente, sin embargo, al tener un enfoque centrado en el usuario, deja de lado las consecuencias que la materialización de los riesgos es decir los eventos adversos ocasionan en los profesionales de la salud y en las instituciones escenario de las fallas en seguridad del paciente.

En Seguridad del paciente existe mucha literatura respecto a los eventos adversos cuya finalidad se ha centrado en conocer acerca del número de eventos, servicios en los que se presentan con mayor frecuencia, cultura de reporte, efectividad de las barreras entre otros componente relevantes cuando de estudiar el fenómeno se trata, todos estos con el fin último de lograr brindar una atención segura, aunque la existencia del evento adverso ya representa por sí solo la materialización de un riesgo que afecta a todos los actores del sistema de salud, en menor o mayor medida.

Los eventos adversos debidos a errores en el cuidado médico se describen como una importante causa de morbimortalidad es así como en la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, la OMS (10) en el punto 12.5 del orden del día manifiesta su preocupación por el hecho de que la carga de lesiones y otros daños a los pacientes por eventos adversos es probablemente una de las 10 principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, comparable a la de la tuberculosis y el paludismo, y que la evidencia disponible sugiere que la mayor parte de esta carga recae sobre los países de ingresos bajos y medianos, donde cada año se producen 134 millones de eventos adversos relacionados con la atención sanitaria en los hospitales debido a la atención poco segura, lo que contribuye a la muerte de 2,6 millones de personas; a partir de lo que implican los eventos adverso alrededor del mundo en Colombia se han diseñado e implementado y se propone la mejora continua de los programas de seguridad del paciente; pero pese a todos los esfuerzos se siguen reportando eventos adversos centinelas asociados a la atención en salud.

Algunas instituciones hospitalarias en el país, sobre todo las acreditadas, hablan de sus eventos adversos sin temor a ser señaladas o juzgadas por la ocurrencia de estos, por el contrario buscan identificar las causas que los generaron para establecer planes de mejoramiento inmediatos, e implementar barreras de seguridad para evitar la reincidencia del evento y se conoce que han incorporado programas dirigidos a la identificación y acompañamiento de las segundas víctimas de los eventos adversos.

No se conoce si todas las personas o entidades involucradas en estos eventos (primeras, segundas y terceras víctimas), han sido identificados y se les ha realizado la respectiva trazabilidad y acompañamiento identificando cambios en su calidad de vida, específicamente para este estudio a las segundas víctimas que se originan a partir de la ocurrencia de un evento adverso centinela, así como se desconoce si han identificado la afecciones en la tercera víctima como el impacto en reputación, imagen, legal, financiero entre otros aspectos que puedan afectar a estas.

Todas las víctimas tras la presentación de un evento adverso son importantes, pero definitivamente la prioridad de esta investigación está centrada en conocer las percepciones del talento humano en salud posterior a la ocurrencia de un evento adverso centinela.

En este contexto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las percepciones del talento humano en salud sobre la experiencia y apoyo institucional después de la ocurrencia de eventos adversos centinelas en una institución de salud de mediana y alta complejidad en la ciudad de Medellín 2020?

4 JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es un atributo de la calidad tal como lo establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud- SOGCS (7) sin embargo la percepción del talento humano en salud después de la ocurrencia de estos en las víctimas no se analiza en el país, por lo que no es posible que los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, basados en la evidencia desarrollen acciones tendientes a la reparación integral de las víctimas reconociendo el daño causado, para lograr contribuir a la reconstrucción de su proyecto de vida, si este se vio alterado en ocasión al evento adverso, reconociendo la importancia de la garantía de los derechos al interior de las instituciones de salud y la reparación de acuerdo al sufrimiento particular, al entorno y al sentido que la reparación tiene para ellas.

A través de este estudio se identificaron las percepciones de los eventos adversos centinelas en una Institución de Salud de mediana y alta complejidad en la ciudad de Medellín 2021. La investigación realizada es novedosa porque su finalidad fue develar cuáles son las percepciones que tiene el talento humano en salud (segundas víctimas) y la institución en salud (tercera víctima) tras ocurrencia de eventos adversos centinelas, en una institución de salud de mediana y alta complejidad, dando lugar a conocer el fenómeno desde la mirada de sus actores para convertir sus resultados en herramientas dinámicas que permita a las instituciones adaptar, y fortalecer sus programas entorno a la calidad y la mejora continua de sus procesos.

Como ya se mencionó la seguridad del paciente es un eje central para la calidad en la prestación de servicios de salud, y el estudio de los eventos adversos sin duda alguna representan una ventaja para las instituciones, a través de conocer el origen de los eventos adversos, desarrollan capacidades para una oportuna identificación del riesgo, abordaje y las medidas de prevención que eviten que estos eventos no deseados durante la atención en salud se produzcan de nuevo; es así como investigar en la percepción, la experiencia y la necesidad de apoyo tras la ocurrencia de los eventos adversos en las segundas y terceras víctimas, permitirá fortalecer el programa de seguridad el paciente con un enfoque global,

con mayor involucramiento de los actores que participan en la atención en salud, logrando no solo la satisfacción del paciente sino la del equipo de atención, lo que se extiende a la institución prestadora de servicios.

Todo incidente o evento adverso que se presenta en el curso de la atención a un paciente y que ocasione un daño en cualquier paciente “primera víctima” (22), puede generar afectaciones en el personal de salud que presta el servicio y afecta de manera directa a la institución donde se presenta el evento; sin embargo, esta investigación reconoce que las afectaciones de las segundas y terceras víctimas han pasado por decirlo de alguna manera desapercibidas y que hay una clara priorización de estudios enfocados en la primera víctima, es decir al paciente eje del modelo de atención en salud, olvidando de alguna manera que es el equipo de salud el que operativiza el modelo y sus afectaciones deben ser merecedoras de una mayor atención.

Todas las víctimas de los eventos adversos tienen igual relevancia, las atenciones o prestación de servicios de salud se originan a través de una relación de dos o más personas en un entorno institucional; es así como la prestación del servicio para restablecer la salud, el bienestar de otros a través de toma decisiones y la ejecución de procedimientos o cualquier otra acción sobre el otro implica un riesgo mayor, como lo describe la publicación “Errar es humano del Instituto de Medicina de los Estados Unidos” (1). La seguridad del paciente debe tener una visión de 360 grados que involucre a todos los actores de la prestación del servicio, reconociendo en cada uno de ellos su componente humano, sin olvidar su relación, debido a que cuando se afecta a uno de los actores el otro también sufre consecuencias que deben ser reconocidas y abordadas de manera oportuna.

Son amplios los estudios referentes a las primeras víctimas, causas y consecuencias del evento en el ámbito internacional y nacional, con claras recomendaciones frente al abordaje, prevención, reportes, pero se está en deuda de reconocer las necesidades de apoyo, tras la ocurrencia de los eventos adversos en el equipo de salud actor principal, así como la institución de salud en la que se dio lugar al evento. Países como Estados Unidos y España han dado grandes pasos en el reconocimiento de las segundas y terceras víctimas

diseñando programas que permitan su abordaje sin embargo en el resto del mundo aún hay un gran vacío en el conocimiento del fenómeno de las víctimas.

Es claro entonces que ni los eventos adversos ni la seguridad del paciente son un tema nuevo en investigación, sin embargo, el apoyo necesario para las víctimas de las fallas en la seguridad del paciente que se manifiestan en un evento adverso ha sido poco estudiadas y aún se desconoce su percepción, por lo que esta investigación tiene un carácter novedoso, aunque si bien es cierto está en el marco de la seguridad del paciente explora el evento adverso desde las víctimas. Este estudio abrió la puerta de reconocimiento de las víctimas y sus afectaciones posterior a la ocurrencia del evento adverso y con base en la evidencia y al tipo de consecuencia será posible planear acciones de mitigación que se pueden emplear frente al daño, dando a Colombia el primer estudio de este tipo realizado en una institución de mediana y alta complejidad del país la cual será sin lugar a duda referente en la identificación y abordaje de las segundas y terceras víctimas.

Esta investigación adquiere pertinencia debido a que se trata de un tema en estrecha conexión con el objeto de estudio de la Maestría en Gestión de la Calidad en Salud y con la línea de investigación en Políticas y Sistemas de Salud, lo que permite la transferencia de conocimiento en la comunidad científica y en los diferentes actores involucrados en la prestación de servicios de salud.

5 REFERENTE TEÓRICO

5.1 REFERENTE CONCEPTUAL

A partir del reconocimiento de los eventos adversos asociados a la atención de salud fue necesario reconocer que la materialización de los riesgos no se produce con la misma magnitud o generan el mismo daño al paciente, las consecuencias negativas para el paciente pueden tener diferentes grados de severidad desde lesiones, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria, hasta incluso la muerte

La seguridad del paciente vista a través de los eventos adversos es un fenómeno mundial sin embargo el entendimiento del mismo tenía variaciones que podían limitar el alcance de los estudios enfocados en favorecer la identificación temprana del riesgo y la instauración de barreras de seguridad, fue así como en la reunión de expertos en Ginebra en 2003 se celebró se planteó la iniciativa de cooperación internacional para preparar una taxonomía que permitiera a partir de la estandarización de los conceptos y definición de la terminología entorno a la seguridad el paciente, mejorar los análisis y facilitar el aprendizaje y en 2006 se realizaron las observaciones sobre el proyecto de taxonomía con objeto de verificar que su aceptabilidad a nivel internacional; en el año 2009, se publicó el marco conceptual para la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, el Anexo Técnico No. 2 define el evento adverso como “todo incidente imprevisto e inesperado que surge como consecuencia de un tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento del alta médica, o ambas cosas” (23).

Frente a la ocurrencia de los eventos adversos es necesario establecer el grado de daño que generan en el paciente por lo que se han documentado diferentes clasificaciones como la publicada por el Consejo Nacional de Coordinación para el Informe de Errores de Medicamentos y Prevención (NCC MERP) que clasifica la magnitud del daño originado por errores en la medicación en nueve (24) de acuerdo al resultado en el paciente así: la categorías de la A la C se consideran incidentes (Error, no hay Daño), aquella situación con capacidad de producir un incidente, pero que no llega al paciente y de la D a la H, Evento

Adverso(Error, Daño); en la categoría I, el EA que causó o contribuyó a la muerte del paciente (Error, Muerte) (25).

Para el presente estudio se empleó la categorización del daño definida en Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente usada en estudios previos de seguridad el paciente como el IBEA (12) y el ENEA (9) referentes en la descripción y la identificación del impacto de los Eventos Adversos-EA así:

Ninguno: el resultado para el paciente no es sintomático o no se detectan síntomas y no hace falta tratamiento.

Leve: el resultado para el paciente es sintomático, los síntomas son leves, la pérdida funcional o el daño son mínimos o intermedios, pero de corta duración, y no hace falta intervenir o la intervención necesaria es mínima (por ejemplo, observar más estrechamente, solicitar pruebas, llevar a cabo un examen o administrar un tratamiento de poca entidad)

Moderado: el resultado para el paciente es sintomático y exige intervenir (por ejemplo, otra intervención quirúrgica, un tratamiento suplementario) o prolongar la estancia, o causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.

Grave: el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.

Muerte: sopesando las probabilidades, el incidente causó la muerte o la propició a corto plazo.

La política colombiana de seguridad del paciente, adopta esta misma clasificación e incorpora el concepto de evento centinela haciendo referencia a los eventos adversos que generan un daño grave incluso la muerte “Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro” (12). Este tipo de eventos durante la atención de un paciente es una alerta roja que implica una respuesta inmediata de la

institución con un enfoque de prevención para garantizar la no repetición de este tipo de eventos que por su magnitud no solo (12).

Esta clasificación del daño está fuertemente asociado al fenómeno victimizante identificado tras la ocurrencia de un evento adverso, debido a que el grado de severidad del daño ocasiona no solo en el paciente (primera víctima), sino en el equipo de salud (segunda víctima) y la institución (tercera víctima) afectaciones que requieren intervenciones de apoyo posteriores.

Directrices, lineamientos y normas establecidas desde el ministerio de salud y de la protección social, señalan que la prestación de servicios de salud, desde su componente asistencial y administrativo, debe garantizar altos estándares de calidad siempre bajo la premisa de la seguridad en la atención. A pesar de todos estos esfuerzos realizados por los diferentes entes rectores y de vigilancia de la calidad en la prestación de servicios durante el trasegar de los años, en la actualidad las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en Colombia siguen reportando el acaecimiento de eventos adversos asociados a la atención en salud y en sus diferentes clasificaciones como lo describe el Ministerio de salud y la protección social (12).

Los importantes avances relacionados con la seguridad del paciente a nivel mundial reflejan que aún existen brechas en el conocimiento de las afectaciones a corto, mediano o largo plazo para las víctimas y los mecanismos de apoyo necesarios tras la ocurrencia del evento, así como resistencia de las instituciones de salud en reconocer y caracterizar dichas secuelas, información que les permitiría con base en la evidencia tomar medidas enfocadas en brindar una atención oportuna a las víctimas de los eventos adversos; sin embargo partiendo de la presentación de eventos adversos en las instituciones y el grado de severidad es posible identificar el fenómeno de las víctimas y realizar un reconocimiento de sus percepciones entendidas como “procesos cognitivos de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para elaborar juicios en torno a sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen procesos como el aprendizaje, la memoria y la simbolización” (26). La percepción es entonces una herramienta valiosa

que permite reconocer la experiencia y las necesidades de apoyo de las segundas víctimas tras la ocurrencia de los eventos adversos, así como vislumbrar las afectaciones en las terceras víctimas las instituciones de salud desde la perspectiva del talento humano.

Es a través del talento humano que las instituciones prestan sus servicios, la Organización Mundial de la Salud OMS al definirlos resalta que su función principal es “mejorar la salud” En Colombia, la Ley 1164 del 2007 (16), amplía este concepto resaltando sus diferentes actuaciones “todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de los habitantes del territorio nacional, dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud” (26), por su quehacer, el talento humano en salud está fuertemente vinculado con la presentación de los eventos adversos es por esto que conocer sus percepciones permite a las instituciones la mejora continua de sus procesos fortaleciendo la calidad en la prestación de los servicios de salud y al visibilizar su carácter humano se reconoce en ellos no solo el riesgo en el ejercicio de su labor, sino las posibles afectaciones cuando cometen errores que pueden generar un daño no intencional al paciente siendo así las segundas víctimas derivadas del evento adverso, por lo que padecen reacciones emocionales asociadas a estos eventos como: ansiedad, obnubilación, confusión, dificultades para concentrarse en la tarea, despersonalización, frustración, sentimientos de culpa, tristeza, cambios de humor, insomnio, reexperimentación del suceso de manera repetida, dudas sobre la propia capacidad profesional, miedo a las consecuencias legales y a la pérdida de reputación (16), siendo necesario identificar a través de su experiencia las necesidades de apoyo.

Las diferentes corrientes de pensamiento coinciden en afirmar que el conocimiento actual sobre los eventos adversos en el mundo aún está en subdesarrollo, así como las estrategias efectivas que los evitarían, están muy lejos de la realidad económica, procedimental y cultural, por lo que la estandarización para evitar que los riesgos se materialicen en eventos adversos se ve aún distante, lo que sí es una realidad es que con cada evento adverso grave, centinela se originan diferentes víctimas que requieren ser abordadas acorde a la tipología de víctimas ya descrita.

Para describir las afecciones a las segundas víctimas, sus experiencias e identificar el apoyo Burlison et al en 2017 (21), desarrollaron la herramienta SVEST una encuesta que indaga sobre 7 dimensiones en las que se esperan surjan afectaciones en las segundas víctimas de los eventos adversos, entre las que se encuentran la angustia psicológica, y física, el apoyo de los colegas, y de los supervisores, el apoyo externo (no laboral) y la autoeficacia profesional, adicionalmente el instrumento realiza la medición de los resultado esperados a nivel profesional de la ocurrencia de los eventos adversos y las afecciones en las segundas víctimas, reflejados en el ausentismo y la rotación laboral (21).

Esta herramienta fue adaptada y validada en Latinoamérica específicamente en Argentina por Brunelli et al, (27) donde después de analizar cada uno de sus componentes y la interpretación cultural y lingüística realizó respecto a la formulación del instrumento original la modificación de las variables a la dimensión de apoyo al supervisor, al identificar que las preguntas planteadas en esta dimensión pueden ser confusas, en el instrumento, cada uno de los ítem se evalúa mediante una escala Likert de 1 a 5, donde 1 es casi nada o muy poco de acuerdo y 5 es muy de acuerdo, el estudio concluye “La adaptación de SVEST es confiable para el uso de este instrumento en nuestro entorno para cuantificar el fenómeno y poder diseñar estrategias para reducir el impacto del error en la segunda víctima” (27).

5.2 REFERENTE NORMATIVO

El informe nacional de calidad de la atención en salud 2015 (28), menciona los avances que la seguridad del paciente ha tenido en Colombia en los últimos años, esto debido a la incorporación de la seguridad del paciente como un tema relevante para la calidad de la prestación de los servicios de salud; así como la creación de la política nacional de seguridad del paciente y la destinación de recursos para abordar de manera directa la problemática.

El sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud (SOGCS) (7), cuenta con 4 componentes dentro de su estructura normativa, el primer componente del sistema y el cual es la puerta de entrada al SGSSS, Sistema Único de Habilitación, definió como

requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud, la implementación de programas de seguridad del paciente, así como las diez buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas dentro del sistema de salud colombiano como prioritarias, con el fin de mitigar y/o reducir la aparición de eventos adversos dentro de la prestación de servicios de salud en las instituciones hospitalarias.

Hoy el país cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente y una Guía Técnica de Buenas Prácticas para la seguridad del paciente (7), o más bien, de prácticas seguras, las cuales recomienda el ministerio de salud y de la protección social, porque tienen suficiente evidencia científica o porque son recomendaciones de expertos, acerca de cómo incrementar la seguridad en la atención. La seguridad del paciente ya no es una recomendación, su categoría de política la hace de obligatorio cumplimiento, donde se tiene en cuenta las causas que originan las fallas en la seguridad del paciente, y se plantean estrategias y línea de acción para abordar la problemática, sin embargo, aunque la política de forma inicial reconoce las víctimas no se ocupa de las secuelas derivadas de un evento adverso.

El marco normativo referente a la seguridad del paciente es amplio, iniciando por supuesto con la Constitución política de 1991 (7) y la Ley 100 del 93 (7), donde se reconoce la importancia de brindar una atención segura y de calidad a los usuarios del sistema de salud. A nivel internacional la resolución WHA55.18 de 2002 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (7). Plantea la necesidad de prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a establecer y consolidar sistemas con base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología, esta referenciación claramente distingue que el incurrir en deficiente seguimiento a medicamentos y dispositivos médicos originarían sin lugar a duda eventos adversos, que ponen en riesgo la vida de los pacientes y la estabilidad de los actores del sistema.

Como ya se mencionó la calidad de la atención en salud se soporta ampliamente sobre el pilar que representa la seguridad de pacientes es así como a través del decreto N.º 1011 DE

2006 se reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud se establece en el decreto 1011 de 2006 (29), donde uno de los destinatarios de este decreto son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que deberán cumplir con las siguientes características: Accesibilidad: posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud; Oportunidad: posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios con respecto a la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. Seguridad: conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Pertinencia: grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. Continuidad: grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

El componente de habilitación se reglamenta a través de la Resolución 2003 de 2014 (30) derogada por la resolución 3100 de 2019 (31) donde como en la resolución anterior se prioriza la gestión del riesgo y la seguridad del paciente, siendo este el hilo conductor de la esta y el componente de acreditación a través de la Resolución 5095 de 2018 (32) este proceso es voluntario y resalta como uno de sus ejes la seguridad del paciente a través de la implementación de las 30 buenas prácticas para la seguridad del paciente.

El marco de la investigación está claramente en la línea de seguridad de paciente dentro del componente de calidad, por lo que el seguimiento a los Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la “República de Colombia Bogotá, 11 de junio de 2008” permite establecer la importancia que representa para el país la identificación, prevención y ocurrencia de los eventos adversos, aportando a la construcción de instituciones seguras para los pacientes y sus familias siendo así más

competitivas, adicionalmente esta base normativa reconoce la importancia del equipo de salud en la atención del paciente y la alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos, por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

A partir del Decreto 780 de 2016 (33), Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, es posible visibilizar la transversalidad que representa la seguridad del paciente en el sistema de salud colombiano.

5.3 REFERENTE CONTEXTUAL

El referente contextual apunta principalmente a la naturaleza de las instituciones por niveles de atención y posiblemente la complejidad que se aborda en los niveles II y III de atención; es así como las instituciones de mediana y alta complejidad son las instituciones de salud clasificadas en segundo y tercer nivel complejidad de acuerdo a la capacidad resolutive frente a los problemas de salud de la población, su función dentro de la red, los servicios de apoyo y la especialización de los profesionales.

Las instituciones de segundo nivel de complejidad son las entidades que como enuncia la ley 10 de 1990 (34), y como lo establece decreto 1760 de 1990 (35), en su Artículo 8: “Las entidades se clasificaron como de segundo nivel si cumplen como mínimo con los siguientes criterios: a) Frecuencia de los problemas de salud que justifiquen los servicios ofrecidos por la entidad; b) Cobertura y atención a poblaciones de uno o varios municipios o comunas que cuenten con atención hospitalaria de primer nivel; c) Atención por personal profesional especializado, responsable de la prestación de los servicios; d) Tecnología de mediana complejidad que requiere profesional especializado para su manejo, en la consulta externa, hospitalización, urgencias y en los servicios de diagnóstico y tratamiento de patologías de mediana severidad; e) Amplia base poblacional que cubra uno o varios entes territoriales según sus necesidades de atención; f) Existencia de planes de desarrollo socioeconómico en el área, para convertirse en polo de desarrollo de regiones mayores en el país”.

Las de tercer nivel de complejidad se definen en el artículo 9 del decreto ya mencionado (30) “para que las instituciones sean clasificadas como de tercer nivel se requiere que en ellas se cumplan como mínimo los siguientes criterios: a) Frecuencia de los fenómenos o patología que justifique los servicios correspondientes; b) Alta base poblacional en los entes territoriales a cubrir; c) Cobertura de atención a otros entes territoriales que cuenten con entidades del primero y segundo nivel de atención; d) Tecnología requerida de la más alta complejidad; e) Atención por personal especializado y subespecializado en el área para convertirla como polo de desarrollo de regiones mayores en el país. La complejidad de las instituciones de salud es un factor ligado a la gravedad de los eventos adversos ya que los servicios que se ofertan tienen un mayor grado riesgo, en tanto los eventos adversos que se originan en estas instituciones tienen mayor grado de severidad.

La institución de salud está en la categoría de mediana y alta complejidad, ubicada en la ciudad de Medellín (Antioquia) con más de 70 años de historia, con un modelo de atención que tiene como eje central el paciente con una visión humana servicio que busca enlazar a los pacientes, socios y empleados para ser referentes empresariales de salud en la ciudad de Medellín.

En la actualidad la institución cuenta con 22 Especialidades quirúrgicas, y 10 procedimientos diagnósticos y terapéuticos y visiona ser reconocida como una institución moderna, con servicios de mediana y alta complejidad, enfocada en la atención integral, humanizada, accesible a todos los usuarios, apoyada en su excelente capital humano para brindar una atención que responda a todas las necesidades de los usuarios.

Cuenta con un programa estructurado de seguridad del paciente, con el objetivo de reducir riesgos y prevenir eventos adversos, definido a partir de la guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente y los paquetes instruccionales expedidos por el ministerio de salud y protección social.

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las percepciones que tiene el talento humano en salud sobre la experiencia y apoyo institucional después de la ocurrencia de eventos adversos centinelas en una institución de salud de mediana y alta complejidad en la ciudad de Medellín 2020.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas y laborales del personal asistencial, administrativo y directivo participante en el estudio.

- Describir la experiencia directa o indirecta del personal de salud vinculado con la ocurrencia de los eventos adversos centinelas.

- Identificar las formas de apoyo institucional deseadas por el personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos centinelas.

- Interpretar las percepciones que tiene el personal de salud sobre las afectaciones que puede tener la institución por la ocurrencia de eventos adversos centinelas.

7 METODOLOGÍA

7.1 ENFOQUE

Investigación mixta de énfasis cuantitativo; de acuerdo con Hernández (36) se define como: “Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (meta inferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

Esta investigación se realizó a partir de un método mixto con preponderancia cuantitativa, en donde en las diferentes etapas se integran los enfoques cuantitativo y cualitativo.

7.2 ALCANCE

Descriptivo, dado que busco caracterizar las percepciones del personal de salud derivada de la ocurrencia de un evento adverso centinela en una institución de mediana y alta complejidad.

Los estudios descriptivos se caracterizan por ser estudios observacionales en los que no se evalúa una hipótesis causal, según Sampieri los estudios descriptivos permiten detallar actuaciones y eventos, es decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno y busca especificar propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (36).

7.3 POBLACIÓN

IPS de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, al momento de la recolección contaba con 548 empleados, distribuidos así: 5 directivos, 35 administrativos y 508 asistencial.

7.4 MUESTRA

La muestra estuvo compuesta por 85 colaboradores asistenciales, administrativos y directivos de la institución de salud de mediana y alta complejidad relacionados con los servicios de unidades de atención de:

- Unidad de cuidados intensivos
- Unidad de cuidados intermedios
- Gineco-obstetricia
- Perinatología
- Unidad quirúrgica
- Todo el personal asistencial, administrativo y directivo vinculado con el programa de seguridad del paciente.

Finalmente se calculó sobre la población, una muestra de 85 personas mediante un margen de error de 5% y un nivel de confianza del 95%. Se realizó un muestreo aleatorio, se envió el instrumento a todos los colaboradores en medio magnético vía correo electrónico, con un enlace para acceder al instrumento <http://intranet.asotrauma.com.co/encuestamaestria.php>. La muestra al final se obtuvo cuando se completaron las 85 encuestas según muestra calculada.

Tabla 1. Cálculo de muestreo

<i>Población total</i>	Personal asistencial y de apoyo	Personal Directivo	Personal Administrativo
548	508	5	35
<i>Muestra</i>	Personal asistencial y de Apoyo	Personal Directivo	Personal Administrativo
85	47	3	35

7.4.1 Criterios De Inclusión En El Estudio

- Personal asistencial y de apoyo, administrativo y directivo relacionado con las unidades de atención.
- Aceptación para participar en el estudio

Tabla 2: Matriz de operacionalización de variables

Objetivo	Dimensión	Variable	Cualitativa Cuantitativa	Instrumento de recolección
Parte 1, Caracterización Sociodemográfica:				
Determinar las características sociodemográficas y laborales del personal asistencial, administrativo y directivo participante en el estudio.	Caracterización Sociodemográfica y laboral	Edad	Cuantitativa	Encuesta-cuestionario validado SvEST
		Sexo	Cualitativa	
		Nivel Educativo	Cualitativa	
		Nivel organizativo	Cualitativa	
		Personal asistencial o Líder de unidad o servicio	Cualitativa	
		Posición laboral	Cualitativa	
		Antigüedad en la institución	Cuantitativa	
		Antigüedad en el servicio	Cuantitativa	
		Años de experiencia en el servicio o área	Cuantitativa	
Parte 2, Experiencia y apoyo:				
		Clasificación de las atenciones	Cuantitativa	

Describir la experiencia directa o indirecta del personal de salud vinculado con la ocurrencia de los eventos adversos centinelas.	Experiencia y apoyo	insegura		Encuesta-cuestionario validado SvEST – Matriz de reporte de atenciones inseguras
		Tipificación de los eventos centinelas	Cuantitativa	
		Malestar psicológico	Cuantitativa	
		Malestar físico	Cuantitativa	
		Apoyo de los compañeros	Cuantitativa	
		Apoyo del supervisor	Cuantitativa	
		Apoyo institucional	Cuantitativa	
		Apoyo no relacionado con el trabajo	Cuantitativa	
Parte 3, Formas de apoyo deseadas:				
Identificar las formas de apoyo institucional deseadas por el personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos centinelas.	Formas de apoyo deseadas	Frente a un evento adverso severo o centinela que tipos de apoyo le gustaría que la institución ofreciera	Cuantitativa	Encuesta-cuestionario validado SvEST
Parte 4, Percepción de afectaciones en las terceras víctimas (Institución de				

salud):				
Interpretar las percepciones que tiene el personal de salud sobre las afectaciones que puede tener la institución por la ocurrencia de eventos adversos centinelas.	Percepción de afectaciones en las terceras víctimas	Afectación en la reputación, imagen institucional	Cualitativa	Encuesta Proyecto

Para la operacionalización de las variables se tuvieron en cuenta en la dimensión sociodemográfica 8 variables, en la dimensión de secuelas de los eventos adversos 5 variables y las dimensiones relacionadas con las segundas y terceras víctimas y las características de apoyo con una subdivisión en 7 dimensiones y 2 variables de resultados genéricas.

7.5 FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuentes primarias:

1. Personal asistencial y de apoyo de las unidades de atención: médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, farmacia, laboratorio.
2. Jefes de unidades: coordinador médico y enfermera jefe de la unidad, y coordinador del servicio.

3. Directivos y administrativos: Gerente, Dirección científica, Líderes de Talento Humano, Calidad, Comunicaciones y servicio al cliente, Coordinador enfermería y Coordinador Seguridad del paciente.

Fuentes Secundarias:

8. Documentos institucionales sobre el registro del programa de seguridad del paciente.

7.5.1 Técnicas E Instrumentos De Recolección

Para cumplir con lo planteado en los objetivos específicos de la investigación, se aplicaron dos (2) técnicas de recolección de información: Revisión documental y la Encuesta

A continuación, se define el momento de uso de las técnicas e instrumentos de recolección:

1. Cuestionario: Herramienta de apoyo y experiencia de la segunda víctima (SVEST), 28 ítems que representan 7 dimensiones y 2 variables de resultado (1) y 8 ítems para las formas de apoyo (2) (Anexo 1).

La encuesta para la percepción en las segundas víctimas se tomó del SVEST (Second Victim Experience and Support Tool) que fue desarrollada y validada en Estados Unidos y posteriormente en Argentina, donde se realizó la adaptación transcultural del instrumento y se evaluaron las características psicométricas en el contexto sociocultural y profesional y del cual se obtuvo autorización de los investigadores para aplicar al presente estudio, siendo aplicables al contexto Latinoamericano (21).

El instrumento es un cuestionario cerrado para aplicar al personal asistencial y de apoyo de las unidades de atención del estudio, que consta de 7 dimensiones y 2 variables de resultado que se califican en una escala de Likert de 1 a 5, donde 1 es casi nada o muy poco de acuerdo y 5 es muy de acuerdo

Se aplicó con autorización de los autores por correo electrónico y algunas de forma presencial.

2. Recolección de información documental mediante la matriz de reporte de acciones inseguras 2015-2020 (Anexo 2).

7.5.2 Fases De Recolección De La Información

- Autorización de la institución para realizar el proyecto
- Revisión de documentos institucionales para identificar los EA centinelas y las secuelas
- Contacto con el personal asistencial, directivo y administrativo, a través de invitación por correo y/o WhatsApp, entregadas por los líderes de calidad para la sensibilización sobre el proyecto
- Obtención del consentimiento informado Online
- Aplicación de la encuesta Online a todo el personal asistencial y administrativo involucrado en la atención directa al paciente que podrían ser posibles segundas víctimas
- Se envió la encuesta impresa a la directora de calidad para motivará el diligenciamiento dadas las condiciones de la pandemia por COVID 19
- Sistematización y análisis de la información

7.5.3 Ordenamiento De Los Datos

Los datos numéricos se procesaron atendiendo a su naturaleza y se sistematizaron en el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 27 y en el Excel los datos recolectados de la pregunta cualitativa y de la matriz aportada por la institución.

7.6 PLAN DE ANÁLISIS

Análisis de la información cuantitativa

- Ordenamiento de los datos: se construyó una base de datos con los resultados de las encuestas en el programa informático SPSS versión 27.

- Se realizó un análisis uní y bivariado de las variables relacionadas con las dimensiones, empleando medidas de estadística descriptiva y tablas de contingencia.
- Se analizó el comportamiento de todas las variables, de acuerdo con la distribución de las frecuencias, se realizó una tabulación cruzada de datos, con base en las categorías de agrupación de las variables.

Análisis de la información cualitativa

Para realizar el análisis de los datos cualitativos de la pregunta abierta del instrumento se realizó el siguiente procedimiento:

- Se sistematizó en un Excel la información obtenida de las respuestas con características de pregunta abierta de acuerdo con la cantidad de datos recolectados.
- Una vez sistematizada la información, se inició con el proceso de codificación abierta, axial y selectiva, con base en las categorías previamente definidas.

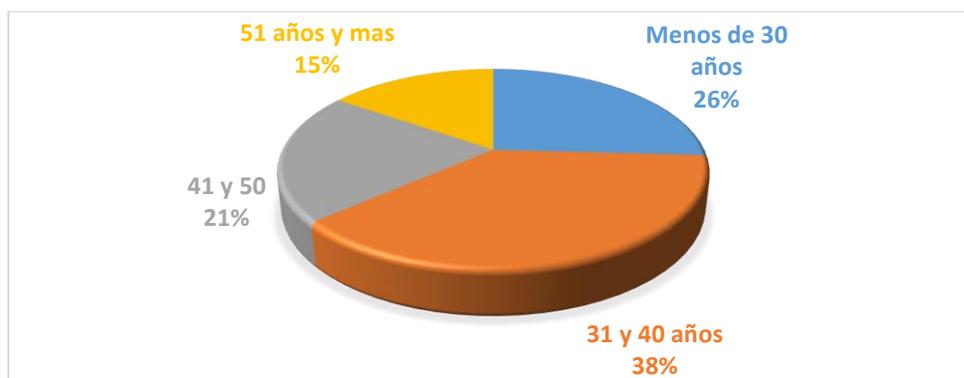
8 RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos después de haber aplicado la encuesta a un total de 85 personas, los cuales se presentarán en 3 secciones, tal como se hizo en la encuesta. La primera parte, correspondiente a la caracterización sociodemográfica, donde se presentan los resultados de las 9 variables determinadas en este aspecto, con las categorías definidas en cada una de las mismas. La segunda parte, corresponde a la experiencia y apoyo, donde se presentan los resultados de las 34 preguntas realizadas en esta sección, con las categorías correspondientes en cada caso. La tercera parte, llamada formas de apoyo deseadas, presenta los resultados de las 2 variables analizadas, con las 10 preguntas que se incluyeron y las categorías de respuesta correspondientes en cada caso, como corresponde a un análisis cualitativo, y, finalmente las percepciones sobre las afectaciones en la imagen institucional.

8.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Dentro de la encuesta realizada se incluyeron 9 aspectos para caracterizar a la población, los cuales tenían diferentes opciones para seleccionar una respuesta, tal como se detalla a continuación:

Gráfica 1. Distribución porcentual del rango de edad del talento humano en salud encuestado, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2020.

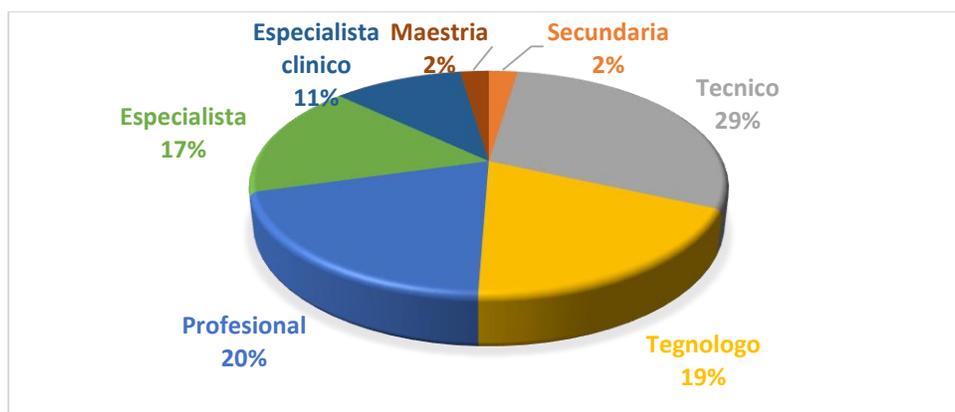


Fuente: Autores del proyecto (2021)

Como se aprecia en la gráfica 1 el rango que prevalece es el de los encuestados que se encuentran entre los 31 a 50 años.

En cuanto a la distribución por sexo de los encuestados predomina el sexo femenino.

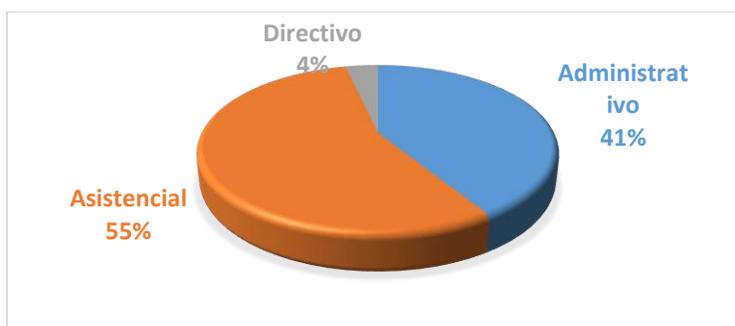
Gráfica 2. Distribución porcentual del nivel educativo del talento humano en salud encuestado, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2020.



Fuente: Autores del proyecto (2021)

En cuanto a nivel educativo, la categoría de mayor frecuencia es el nivel técnico, seguido por el nivel profesional. El tercer lugar lo ocupa la categoría de tecnólogo.

Gráfica 3. Distribución porcentual del nivel organizativo del talento humano en salud encuestado, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2020.



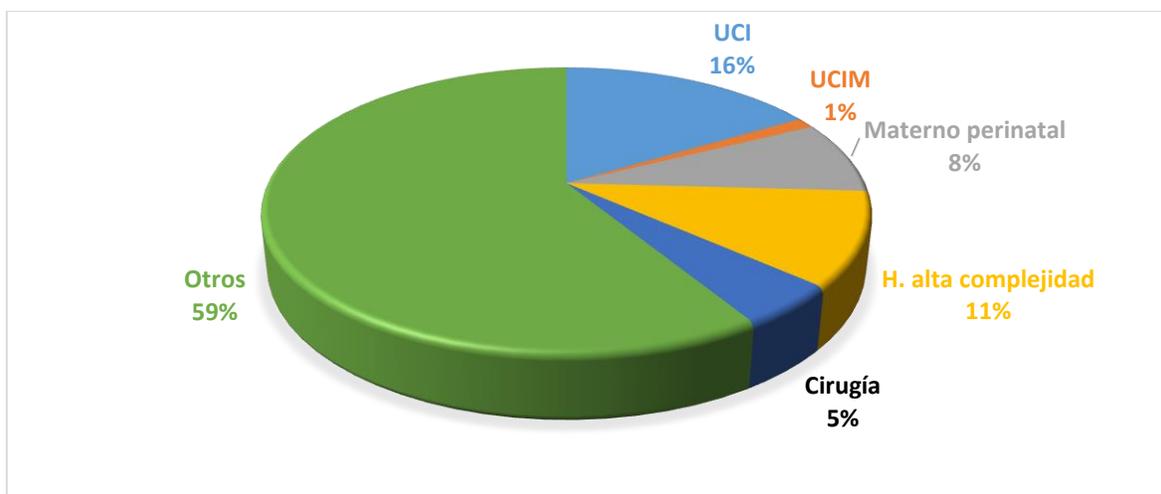
Fuente: Autores del proyecto (2021)

En el nivel organizativo, el nivel asistencial es el que muestra una mayor frecuencia, seguido por el administrativo. El nivel directivo es el que menor frecuencia presenta.

Si es personal asistencial o Líder de unidad o servicio diligencie:

En este aspecto de la caracterización sociodemográfica, los resultados fueron los siguientes, de acuerdo con las 6 categorías posibles para determinar de manera precisa el área de servicio de cada uno de los encuestados y su participación sobre el total:

Gráfica 4. Distribución porcentual por servicio del talento humano en salud asistencial encuestado, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2020.



Fuente: Autores del proyecto (2021)

Tal como se aprecia en la gráfica anterior, del total de encuestados de la unidad de Cuidado intensivo se encuentran 14 personas (16%), de la Unidad de Cuidado Intermedio 1 persona, (1%), siendo esta la categoría con menor participación dentro del grupo, del servicio Materno perinatal 7 personas (8%), del servicio de Hospitalización de alta complejidad 9 personas (11%), del Servicio de Cirugía 4 personas (5%). Finalmente, en la categoría que corresponde a otro, se encuentran 50 personas, lo que equivale a un 59%. Estos otros

corresponden a la respuesta en blanco, es decir no marcada, pues estaba condicionada a que se hacia la selección siempre y cuando fuera personal asistencial o Líder de unidad o servicio.

Posición laboral en su área/unidad/servicio: Cargo o rol que desempeña

En este aspecto de la caracterización sociodemográfica los resultados obtenidos, dentro de las 13 categorías definidas para la posición laboral en el área/unidad/servicio, fueron los siguientes:

Gráfica 5. Distribución porcentual de la Posición laboral del talento humano en salud encuestado, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2020.

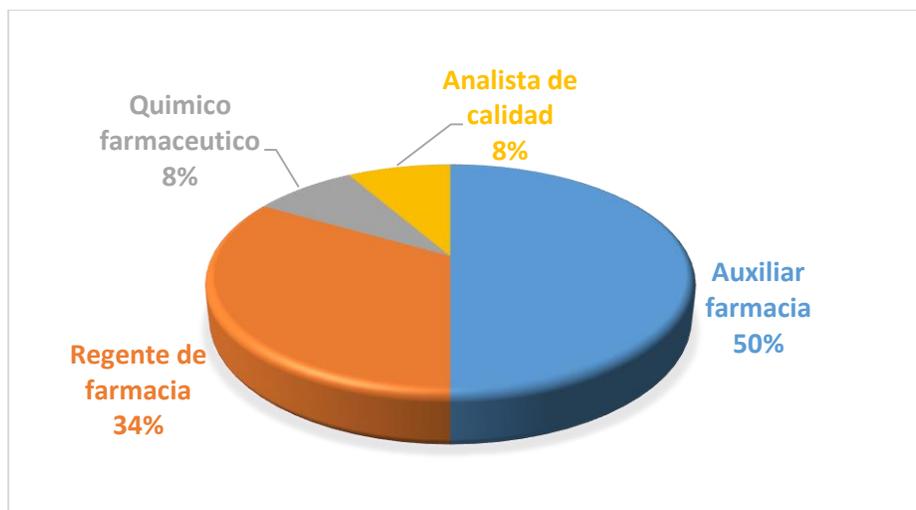


Fuente: Autores del proyecto (2021)

Del total de encuestados en la categoría Gerencia/Dirección, se encuentran 24 personas (28%), Líder/Coordinador 15 personas (18%), jefe/líder unidad 1 persona (1%), Médico especialista 12 personas (14%), enfermera 5 personas (6%), en la categoría Auxiliar de Enfermería 15 personas (18%), terapia respiratoria, 1 persona, (1%), las categorías de médico general, fisioterapeuta, Bacteriólogo y Químico farmacéutico no estuvieron representadas.

En la categoría Otro, ¿Cuál?, se encontraron a 12 personas, (14%) que se detallan a continuación

Gráfica 6. Distribución porcentual de la Posición laboral del talento humano en salud encuestado clasificado como otro, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2020.



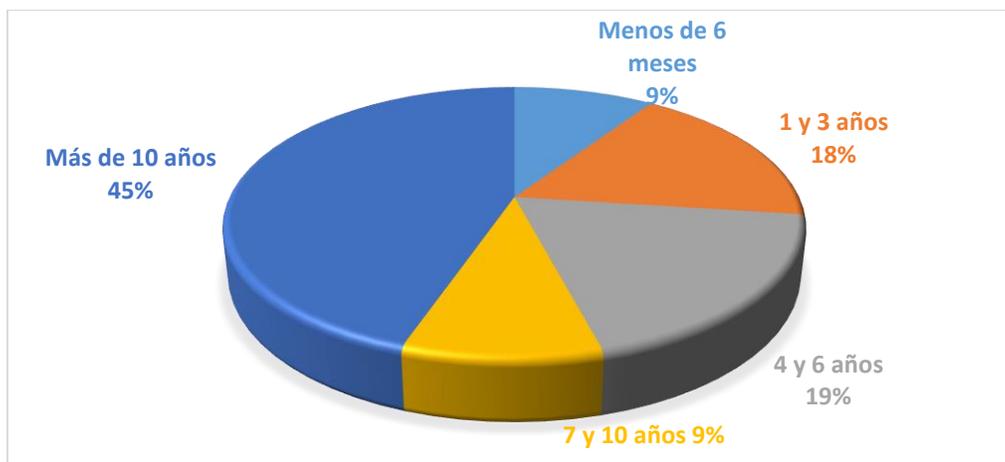
Fuente: Autores del proyecto (2021)

Entre los encuestados la mayor frecuencia se presenta en auxiliares de farmacia, seguidos por regente de farmacia. Los químicos farmacéuticos y analistas de calidad comparten el tercer lugar por frecuencia.

Antigüedad en la institución

En este aspecto de la caracterización sociodemográfica los resultados fueron los siguientes, teniendo en cuenta las 5 categorías determinadas, que nos clasifican a los encuestados con base en la antigüedad en la institución:

Gráfica 7. Distribución porcentual de la Antigüedad en la institución del talento humano en salud encuestado clasificado como otro, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2020.



Fuente: Autores del proyecto (2021)

Tal como se aprecia, del total de encuestados, la mayor frecuencia se encuentra en la categoría de más de 10 años, seguido por el rango entre 4 y 6 años. El tercer lugar lo ocupan los de rango entre 1 y 3 años.

Antigüedad en el área/unidad/servicio

En este aspecto de la caracterización sociodemográfica los resultados fueron los siguientes, teniendo en cuenta las 5 categorías determinadas, que clasifican a los encuestados con base en la antigüedad en el área/unidad/servicio:

Gráfica 8. Distribución porcentual de la Antigüedad en el área/unidad/servicio del talento humano en salud encuestado clasificado como otro, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2020.



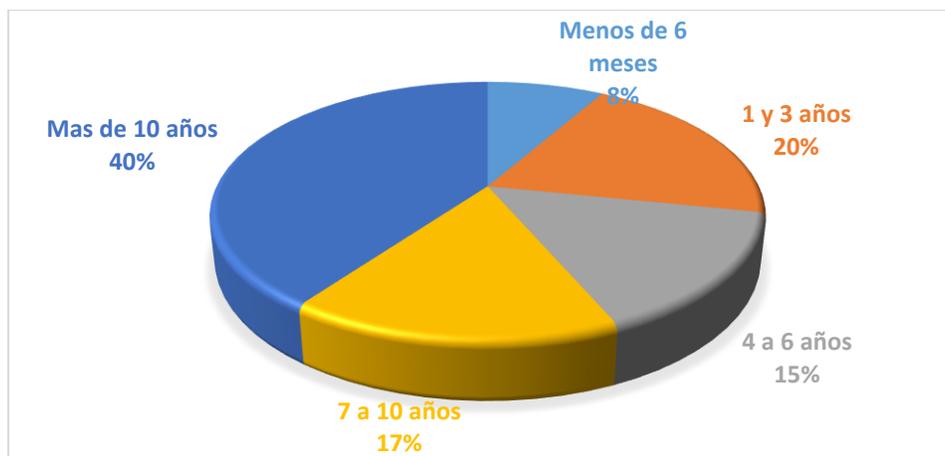
Fuente: Autores del proyecto (2021)

Tal como se aprecia, del total de encuestados, la mayor frecuencia se encuentra entre los colaboradores con más de 10 años de antigüedad en el servicio, seguido por la categoría de 4 a 6 años. El rango de antigüedad que ocupa el tercer lugar por frecuencia, corresponde al de 1 a 3 años.

Años de experiencia en el área/unidad/servicio

En este aspecto de la caracterización sociodemográfica los resultados fueron los siguientes, teniendo en cuenta las 5 categorías determinadas, que nos clasifican a los encuestados con base en los años de experiencia en el área/unidad/servicio:

Gráfica 9 Distribución porcentual de la Antigüedad en Años de experiencia en el área/unidad/servicio del talento humano en salud encuestado en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2020.



Fuente: Autores del proyecto (2021)

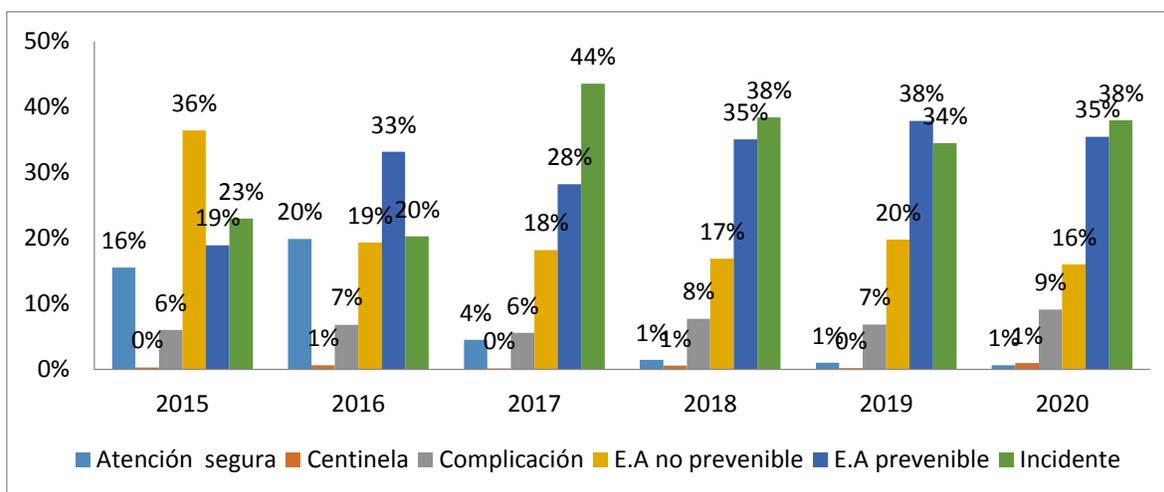
De los encuestados en la categoría de más de 10 años, se clasificaron 34 personas (40%) y la categoría con menor representatividad fue la de menos de 6 meses, con 7 personas (8%), del grupo de encuestados.

8.2 DESCRIPCIÓN DEL REPORTE INSTITUCIONAL DE ATENCIONES INSEGURAS

La Institución cuenta con un programa de seguridad del paciente, definido como prioridad y un imperativo estratégico, este tiene como finalidad la reducción de los riesgos y la prevención de los eventos adversos, por lo que se reportan todas las acciones identificadas como inseguras en la institución, para que a partir de la información se instauren las barreras necesarias para la no repetición de estos (Anexo de reporte de la Institución).

A continuación, se presenta el análisis del reporte institucional de atenciones inseguras del periodo comprendido entre los años 2015 a 2020.

Gráfica 10. Distribución de la clasificación de los reportes de atenciones inseguras periodo 2015-2020 en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín.



Fuente: Autores del proyecto

Tabla 3. Distribución de la clasificación de los reportes de atenciones inseguras periodo 2015-2020 en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín.

Clasificación /Año	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Atención segura	119	196	38	26	6	2
Centinela	2	6	1	10	1	3
Complicación	46	67	47	138	42	29
Evento adverso no prevenible	279	191	154	302	122	51
Evento adverso prevenible	145	327	239	628	234	113
Incidente	176	200	369	688	213	121
Total	767	987	848	1792	618	319

Fuente: Autores del proyecto (2021), con base en la matriz de reporte de atenciones inseguras de la institución 2015-2020

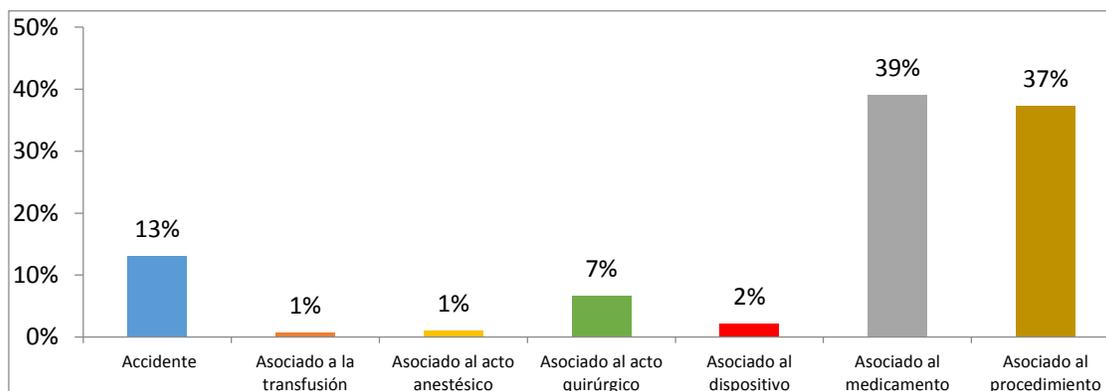
Del 2015 al 2020 en la institución se presentaron 5331 reportes de acciones inseguras, con un promedio de 888,5 por año, siendo el año 2018 el año con el mayor número de reportes 1792 y el año 2020 el año con menor número de reportes con un total de 319 (Año de pandemia por COVID 19).

Los eventos de acuerdo con la clasificación institucional corresponden en mayor medida a eventos adversos prevenibles 1767 (33%), se clasificó como incidentes 1686 casos (32%), 1099 reportes como eventos no prevenibles (21%), 387 atenciones inseguras y 369 complicaciones que corresponden con igual participación al 7%, para el periodo de estudio se presentaron 23 eventos adversos centinelas que representan para institución el 0,4% de los eventos.

Los incidentes reportados corresponden al tipo de evento que tiene mayor frecuencia en el periodo de estudio, ya que los eventos centinelas son los que tienen menor participación. En el año 2018 se presentaron 10 eventos centinelas, duplicando este tipo de evento en el periodo reportado.

La matriz permite clasificar los reportes de acuerdo con el tipo de atención insegura que se presenta en la siguiente gráfica.

Gráfica 11. Distribución del tipo de los reportes de atenciones inseguras periodo 2015-2020, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín.

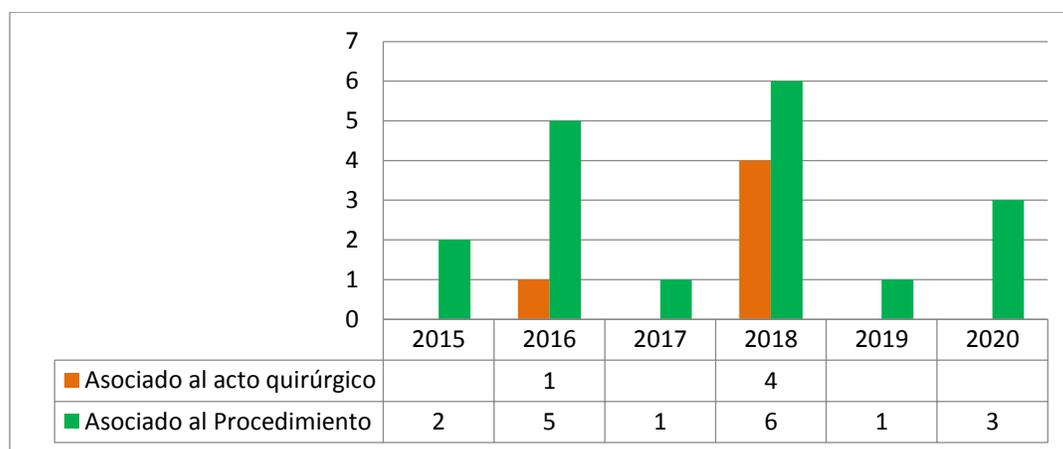


Fuente: Autores del proyecto (2021), con base en la matriz de reporte y atenciones inseguras de la institución 2015-2020

El evento con mayor frecuencia es el asociado con la administración de medicamentos con 2084 casos, que representa el (39%) de los eventos, seguido por los asociados al procedimiento con 1987 reportes (37%), los reportes asociados al acto quirúrgico fueron 535 casos (7%), los reportes de accidentes 696 (13%) y los que se asociaron al uso de dispositivos médicos 115 casos (2%) y los asociados a la transfusión 41 reportes y 54 de anestesia que representan en igual proporción el 1%.

Del 2015 al 2020 se presentaron en la institución 23 eventos adversos que fueron clasificados como centinelas, una vez se realizó el análisis de causa raíz, estos se presentaron de acuerdo con la información aportada por la institución, en los servicios de obstetricia, neonatología, medicina interna, neurología y cirugía. Los eventos adversos severos y centinelas documentados por la institución representan el 0.4% del total de eventos adversos del periodo de estudio, lo que se asocia al fenómeno de segundas y terceras víctimas, y como ya se representó en la gráfica 10, los eventos centinelas en los años 2016, 2018 y 2020 alcanzaron el 1% de los reportes.

Gráfica 12. Distribución de los reportes de eventos adversos centinelas por tipo de atenciones inseguras periodo 2015-2020, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín.

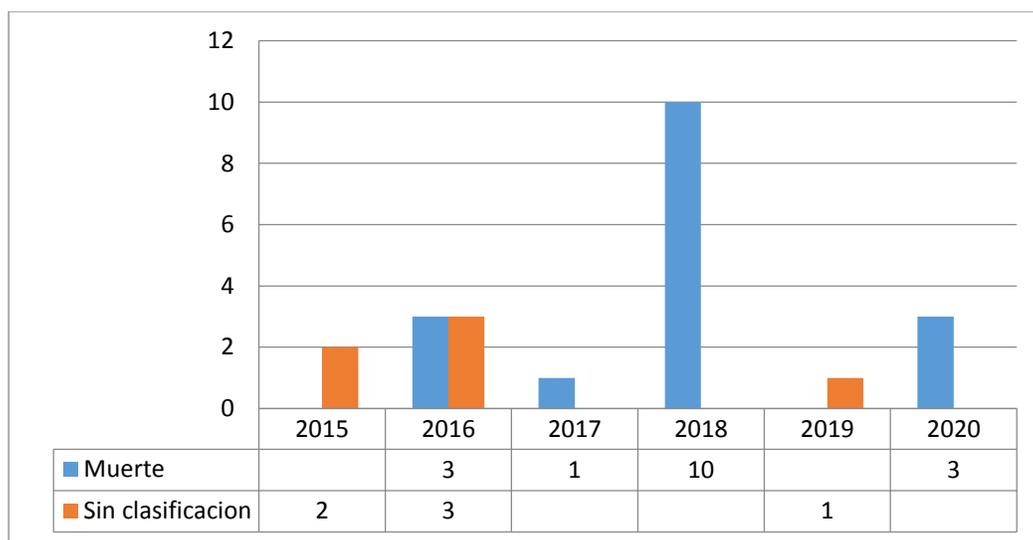


Fuente: Autores del proyecto (2021), con base en la matriz de reporte de atenciones inseguras de la institución 2015-2020

De los 23 reportes de eventos adversos centinelas que se presentaron en la institución el 78% se asociaron a procedimientos y 22% al acto quirúrgico.

A continuación, se presenta el desenlace de los eventos centinelas en la institución

Gráfica 12. Distribución de los desenlaces asociados a los eventos adversos centinelas periodo 2015-2020, en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín.



Fuente: Autores del proyecto (2021), con base en la matriz de reporte de atenciones inseguras de la institución 2015-2020

El 74% de los desenlaces de los eventos centinelas como se observa en la gráfica anterior corresponde a muerte y el 26% se encuentra sin clasificación.

8.3 PERCEPCIONES DEL PERSONAL SOBRE LA EXPERIENCIA DIRECTA O INDIRECTA RELACIONADA CON LA OCURRENCIA DE EVENTOS CENTINELAS

En la siguiente tabla se consolidan las respuestas obtenidas frente a la experiencia directa o indirectamente relacionada con la ocurrencia de evento adverso centinelas este apartado del formulario solo fue diligenciado por las personas que tuvieron una experiencia relacionada, en total 14 de las 85.

Tabla 4. Percepciones del personal sobre la experiencia directa o indirecta relacionada con la ocurrencia de eventos centinelas

Frente a un evento adverso centinela Usted Experimentó:	Poco en número		Mucho en numero			Poco en porcentaje		Mucho en porcentaje			Promedio
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1. Sentí vergüenza por esta situación	4	0	3	7	14	14%	0%	11%	25%	50%	3,96
2. Sentí miedo de que me vuelva a pasar de nuevo	5	3	1	5	14	18%	11%	4%	18%	50%	3,71
3. Me sentí triste por la experiencia frente al evento	3	2	0	10	13	11%	7%	0%	36%	46%	4,00
4. Sentí una profunda culpa por haber experimentado este hecho	12	5	4	1	6	43%	18%	14%	4%	21%	2,43
5. El stress que me provocó fue agotador	10	2	3	5	8	36%	7%	11%	18%	29%	2,96
6. Tuve problemas para dormir regularmente a raíz de este tipo de situación	14	3	7	2	2	50%	11%	25%	7%	7%	2,11
7. La tensión por estas situaciones me hizo sentir síntomas físicos (por ej. mareado o con náuseas, etc.)	24	2	0	0	2	86%	7%	0%	0%	7%	1,36

8. Al pasar por esta situación me afectó el apetito	22	4	2	0	0	79%	14%	7%	0%	0%	1,29
9. Aprecié los intentos de mis compañeros de trabajo por consolarme	7	3	7	3	7	25%	11%	25%	11%	25%	3,00
10. Hablar de lo que pasó con mis colegas me generó alivio	6	2	4	8	8	21%	7%	14%	29%	29%	3,36
11. Mis colegas me mostraron su apoyo a lo que me pasó	6	0	6	7	9	21%	0%	21%	25%	32%	3,46
12. Mis colegas me ayudaron a sentir que sigo siendo un buen empleado a pesar de lo sucedido	5	1	1	11	9	18%	4%	4%	39%	32%	3,57
13. Mi(el) jefe actuó para resolver la situación	5	2	3	8	10	18%	7%	11%	29%	36%	3,57
14. Mi (el) jefe culpó al equipo cuando sucedieron los hechos.	12	5	5	2	4	43%	18%	18%	7%	14%	2,32
15. Sentí que mi (el) jefe tiene en cuenta la complejidad del paciente cuando evalúa estas situaciones	5	2	2	6	13	18%	7%	7%	21%	46%	3,71
16. Sentí que mi (el) jefe me comprendió ante lo que ocurrió	7	0	3	5	13	25%	0%	11%	18%	46%	3,61

17. Mi (el) hospital entiende que quienes se equivocan pueden necesitar ayuda	6	0	3	10	9	21%	0%	11%	36%	32%	3,57
18. Mi (el) lugar de trabajo me ofrece distintos recursos para ayudar a los profesionales que se equivocan a superar las consecuencias	10	2	8	5	3	36%	7%	29%	18%	11%	2,61
19. Busco apoyo emocional en mis amigos cercanos y familiares después de que ocurre una de estas situaciones.	5	2	5	5	11	18%	7%	18%	18%	39%	3,54
20. El afecto de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estas situaciones	3	1	4	10	10	11%	4%	14%	36%	36%	3,82
21. Después de mi participación en el evento me sentí inseguro respecto a mis habilidades laborales	11	3	7	3	4	39%	11%	25%	11%	14%	2,50
22. Esta experiencia me hace preguntarme si soy o no realmente un buen empleado	9	6	4	7	2	32%	21%	14%	25%	7%	2,54
23. Después de mi experiencia tuve miedo de intentar realizar	12	4	1	8	3	43%	14%	4%	29%	11%	2,50

procedimientos difíciles o de alto riesgo.											
24. Estas situaciones hacen que me cuestione mis habilidades	11	3	3	7	4	39%	11%	11%	25%	14%	2,64
25. Mi experiencia con estos eventos me ha generado un deseo de dejar de atender pacientes o de trabajar	17	8	1	2	0	61%	29%	4%	7%	0%	1,57
26. En ocasiones el estrés de estar involucrado en este tipo de situación me da ganas de abandonar completamente mi trabajo	18	5	1	1	3	64%	18%	4%	4%	11%	1,79
27. Mi experiencia con un evento adverso ha ocasionado que me sienta incapaz de continuar con mis labores ese día.	18	6	0	0	4	64%	21%	0%	0%	14%	1,79
28. Me hubiese gustado tomarme uno o unos días sin trabajar después de lo que ocurrió	10	8	5	1	4	36%	29%	18%	4%	14%	2,32

Fuente: Autores del proyecto según resultados de la encuesta aplicada y sistematizada en SPSS (2021)

Gráfica 13. Distribución de acuerdo con la percepción de la experiencia tras la ocurrencia de un evento adverso centinela en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2021.



Fuente: Autores del proyecto (2021)

El promedio general de experiencia del instrumento es de 2,84, como se puede observar en la mayoría de los elementos evaluados (64%), tienen una calificación mayor de 2,5. De los 28 encuestados que experimentaron de manera directa o indirecta un evento adverso centinela, el 50% manifestó a través del instrumento afectaciones emocionales tras la

ocurrencia del evento adverso, expresando en mayor medida tristeza, vergüenza, miedo; adicionalmente se evidencio la necesidad de apoyo del personal tras la ocurrencia del evento adverso con calificaciones superiores de 3, en necesidades de apoyo institucional representada por el jefe inmediato y los compañeros de trabajo para superar la situación.

8.4 PERCEPCIONES SOBRE EL TIPO DE APOYO ESPERADO POR EL PERSONAL CON EXPERIENCIA DIRECTA O INDIRECTA RELACIONADA CON LA OCURRENCIA DE EVENTOS CENTINELAS

En la siguiente tabla se consolidan las respuestas obtenidas frente al tipo de apoyo que se esperaría por parte de la institución, asociado con la ocurrencia de eventos adversos centinelas. Este apartado del formulario solo fue diligenciado por las personas con este tipo de vivencia.

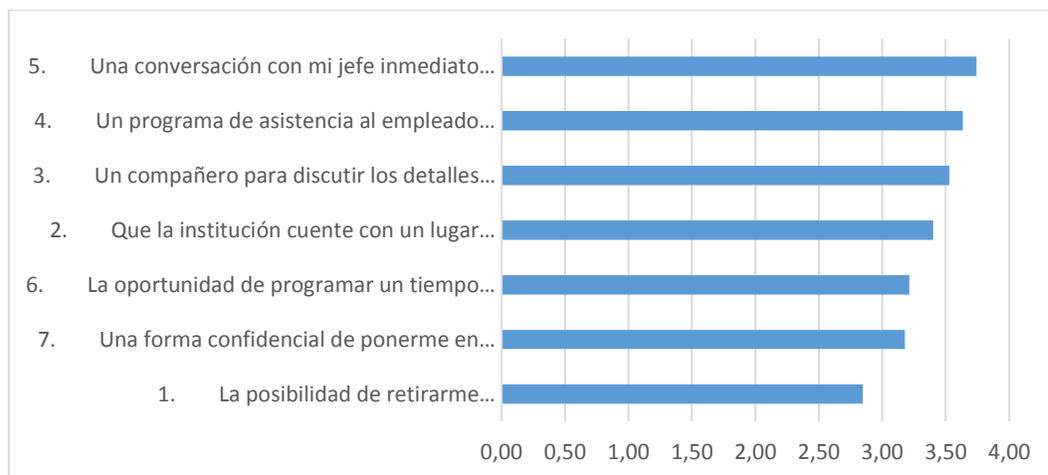
Tabla 5. Percepciones sobre el tipo de apoyo esperado por el personal con experiencia directa o indirecta relacionada con la ocurrencia de eventos centinelas

	Poco en número		Mucho en número			Poco en porcentaje		Mucho en porcentaje			Promedio
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1. La posibilidad de retirarme inmediatamente de mi lugar de trabajo.	21	17	18	12	17	25%	20%	21%	14%	20%	2,84
2. Que la institución cuente con un lugar pacífico disponible para recuperarme después de lo sucedido	17	5	17	19	27	20%	6%	20%	22%	32%	3,4

3. Un compañero para discutir los detalles de lo sucedido.	10	10	21	13	31	12%	12%	25%	15%	36%	3,52
4. Un programa de asistencia al empleado que pueda proporcionar acompañamiento.	15	5	12	17	36	18%	6%	14%	20%	42%	3,63
5. Una conversación con mi jefe inmediato o un superior sobre el evento.	9	9	16	12	39	11%	11%	19%	14%	46%	3,74
6. La oportunidad de programar un tiempo con un consejero en mi hospital para discutir el evento.	21	9	13	15	27	25%	11%	15%	18%	32%	3,17
7. Una forma confidencial de ponerme en contacto con alguien las 24 horas del día para discutir cómo mi experiencia me puede estar afectando.	25	7	10	14	29	29%	8%	12%	16%	34%	3,21

Fuente: Autores del proyecto (2021)

Gráfica 14. Valoración de la percepción sobre el tipo de apoyo esperado por el personal con experiencia directa o indirecta relacionada con la ocurrencia de eventos centinelas en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2021.



Fuente: Autores del proyecto (2021)

El promedio general del apoyo esperado del instrumento es de 3,36, como se puede observar, la mayoría de los elementos evaluados (100%), tienen una calificación mayor de 2,85. Por otra parte, y con base en este resultado, se puede apreciar, que el tipo de apoyo menos esperado es el de tener la posibilidad de retirarse inmediatamente del lugar de trabajo, mientras que el tipo de apoyo más esperado es el de poder llevar a cabo una conversación con el jefe inmediato o un superior sobre el evento.

Finalmente, al cruzar las anteriores variables con el nivel organizativo (administrativo, asistencial y directivo) se encontró una relación significativa con algunas de las variables. Para realizar este análisis se cruzaron las 43 variables que salieron de la encuesta, frente a las 6 seleccionadas de la caracterización, dando un total de 258 cruces, a los cuales se les hizo el cálculo del Chi Cuadrado, con el fin de determinar una posible relación entre las variables analizadas. Se encontró una relación en 12 de 258 cruces, se seleccionaron los siguientes cruces en los que se evidencio una diferencia significativa (menor de 0,005):

Tabla 6. Percepciones de las personas en relación con el nivel organizativo.

No.	Cruce entre las variables	Chi Cuadrado
1	Nivel Organizativo *Informó del evento adverso una vez presentado	,000
2	Nivel de estudio *Usted sabe si la institución intervino al personal afectado por este evento adverso	,000
3	Nivel de estudio *Tuve problemas para dormir regularmente a raíz de este tipo de situación	,000
4	Nivel de estudio *Mis colegas me ayudan a sentir que sigo siendo un buen empleado a pesar de lo sucedido	,000
5	Nivel de estudio *Siento que mi (el) jefe tiene en cuenta la complejidad del paciente cuando evalúa estas situaciones	,000
6	Nivel de estudio *Esta experiencia me hace preguntarme si soy o no realmente un buen empleado	,000
7	Nivel de estudio *Después de mi experiencia tuve miedo de intentar realizar procedimientos difíciles o de alto riesgo.	,000
8	Nivel Organizativo *Sentí miedo de que me vuelva a pasar de nuevo	,000
9	Nivel Organizativo*. Mi (el) lugar de trabajo me ofrece distintos recursos para ayudar a los profesionales que se equivocaron a superar las consecuencias tabulación cruzada	,000
10	Nivel de estudio * Conoce el termino segunda víctima	,026
11	Nivel de estudio * Alguna vez directa e indirectamente experimentó un evento adverso severo o centinela	,010

Fuente: Autores del proyecto (2021)

8.5 ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS FORMAS DE APOYO DESEADAS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la pregunta ¿qué recomendaría usted para que la institución implemente frente a estos hechos en beneficio del colaborador?, en la Tabla 7.

Tabla 7. Formas de apoyo deseadas

Categoría	Cantidad	Porcentaje
No dio recomendación alguna	29	34,11%
Análisis de la situación	9	10,58%
Apoyo	30	35,29%
Capacitar	11	12,94%
Recursos humanos	6	7,05%
Total	85	100%

Fuente: Autores del proyecto (2021)

Se encontró que 29 de los 85 encuestados, es decir el 34,11% dejó esta respuesta en blanco, dijo no, o no aplico, es decir no aportó recomendación alguna, frente a 56, es decir, el 63,89% que respondió dando alguna recomendación, las cuales fueron clasificadas en 4 categorías: La primera que corresponde a realizar un análisis de la situación, la cual fue hecha por 9 encuestados, lo que equivale a un 10,58%. En cuanto a la categoría de apoyo, fue la recomendación recibida por 30 de los encuestados, es decir esta fue la de mayor recomendación, llegando a un 35,29%. La opción de capacitar al personal fue tomada por 11 encuestados, es decir el 12,94%. La última categoría tiene que ver con recomendaciones con respecto a algún asunto relacionado con el área de talento humanos, ofreciendo mejores

turnos y descanso a los colaboradores, la cual fue realizada por 6 de los encuestados, lo que equivale al 7,05%.

8.6 AFECTACIONES DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD CUANDO SE PRESENTA UN EVENTO ADVERSO

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la pregunta: ¿los eventos Adversos severos y centinelas afectan la reputación/imagen de la institución? (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Afectaciones de la institución de salud Escala de Likert

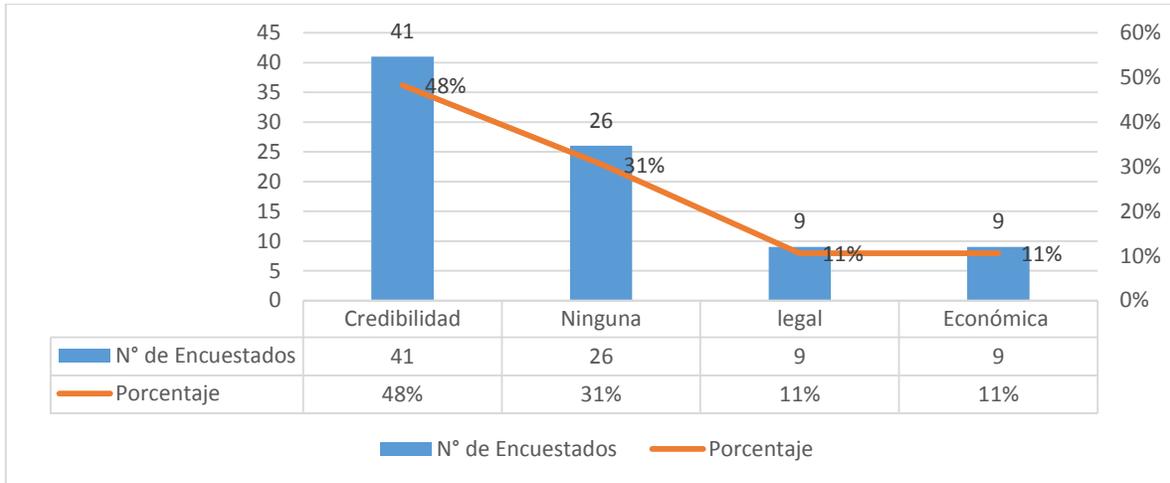
Pregunta	Poco en número		Mucho en número			Poco en porcentaje		Mucho en porcentaje			Promedio
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Los eventos Adversos severos y centinelas afectan la reputación/imagen de la institución:	4	0	9	5	43	7%	0%	15%	8%	70%	3,52

Fuente: Autores del proyecto (2021)

El promedio general frente a las afectaciones de imagen y reputación obtenida del instrumento es de 3,52 como se puede observar de los evaluados el (93%) Indico en un nivel alto que es muy probable que la institución sufra afectaciones en su imagen-reputación tras la ocurrencia de los eventos adversos severos y centinelas.

Frente a la pregunta ¿Cuáles cree que son las afectaciones que puede tener la institución de salud tras la ocurrencia de un evento adverso severo o centinela?

Gráfica 16. Distribución percepción de afectaciones de la institución de salud tras la ocurrencia de los eventos adversos severos y centinelas en una Institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín, 2021.



Fuente: Autores del proyecto (2021)

A partir de las respuestas se generaron diferentes categorías para agrupar los resultados de las preguntas abiertas, evidenciando que para el personal encuestado la afectación considerada con mayor frecuencia fue la credibilidad, se encontró que 41 de los 85 encuestados, es decir el 48%. Por otra parte, 26 de las personas que participaron en el estudio, no consideraron afectación alguna para la institución de salud, lo que corresponde al 31%. Las afectaciones legal y económica están en el tercer lugar, alcanzando una participación del 11% con una frecuencia de 9 personas que respondieron con respecto a esta categoría.

9 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Realice la contrastación teórica-práctica en coherencia con lo planteado en el plan de análisis, recalque las categorías o variables relevantes, además revise que este apartado permita dar cumplimiento a los objetivos de la investigación. El problema de los eventos adversos no es algo reciente, desde la antigüedad hasta el momento, ha existido una clara preocupación por los efectos negativos que puede ocasionar la atención en salud. Sin embargo, desde hace unos 20 años (38), el tema de seguridad de los pacientes ha captado a nivel internacional la atención del público, de los proveedores de este servicio y de los responsables políticos. Hoy en día, la magnitud y causas de los eventos adversos relacionados con la misma, ha obtenido mayor importancia, debido a su efecto negativo. Con todos estos aspectos desfavorables, se han ido incorporando objetivos de seguridad a los planes estratégicos de mejora de las organizaciones prestadoras de servicios de salud, potenciando la investigación en el tema.

En cuanto a los resultados encontrados en la caracterización, en el estudio de Brunelli (27), la población estuvo conformada por 452 enfermeros con un promedio de 10 años de práctica. El 82% de los que cometieron un error afirmaron que informaron del hecho una vez que se había producido y esos investigadores concluyeron que la adaptación de SVEST es confiable para el uso de este instrumento en nuestro entorno para cuantificar el fenómeno y poder diseñar estrategias para reducir el impacto del error en la segunda víctima. Para el caso de este estudio, no se trabajó de manera exclusiva con enfermeros, pues fueron escogidos 85 colaboradores asistenciales, administrativos y directivos de la institución de salud de mediana y alta complejidad relacionados con los servicios de unidades de atención de unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados intermedios, gineco-obstetricia y perinatología.

Por otra parte, se puede dejar en claro que los problemas de seguridad se producen como consecuencia de múltiples causas, evitando una lectura simplista en la que únicamente el fallo humano es la principal explicación recordando que la aparición de estos depende, en gran medida, de múltiples factores contribuyentes relacionados con el sistema. Es frecuente

encontrar después del análisis en profundidad de un problema de seguridad causas relacionadas por ejemplo con la comunicación, la ergonomía, la fatiga, la dotación de personal, la supervisión o la formación inadecuada (24).

Para la evaluación de la frecuencia con que ocurren los eventos adversos, las instituciones prestadoras de servicios de salud deben tener clara la importancia del reporte de los eventos adversos como insumos para el análisis y la gestión de estos. Los estudios de incidencia y de prevalencia son los más apropiados para medir la magnitud, frecuencia y tipo de eventos adversos y de acuerdo con su diseño pueden ser retrospectivos, prospectivos y transversales.

Es así como, el Ministerio de Salud y Protección Social en la “Guía Práctica para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud” recomienda el diseño transversal por ser más eficiente en tiempo y recursos, fácil de realizar, y aunque no permite estudiar la totalidad del episodio de hospitalización, ha demostrado ser suficientemente capaz para sostener un sistema de vigilancia. Aunque el fenómeno de la segunda víctima es relativamente reciente en la literatura sobre este tema, el concepto teórico de resiliencia está bien establecido en el contexto clínico.

La adaptación al español de la EBMWE en una población argentina de adultos mayores ofrece una buena validez externa, porque permite evaluar la mayoría de los conceptos asociados con la salud mental, incluyendo, afectos positivos, relaciones personales satisfactorias y un nivel de funcionamiento general. En este estudio se pudo comprobar de nuevo, que el SVEST tiene excelentes propiedades psicométricas y se puede utilizar para identificar la prevalencia en diferentes contextos, para respaldar estudios e intervenciones preventivas para los trabajadores sanitarios italianos. El SVEST proporciona un modelo robusto para describir el concepto de segunda víctima y realizar comparaciones con estudios transversales y longitudinales (21).

La muestra seleccionada de 85 colaboradores de la institución de salud permitió tener un grupo representativo y multidisciplinario de las diferentes áreas, unidades y servicios de salud de la institución, con diversos niveles de formación, educación y edades. El

cuestionario aplicado como herramienta de apoyo y experiencia de la segunda víctima (SVEST), está conformado por 28 ítems que representan 7 dimensiones, 2 variables de resultado y 8 ítems para las formas de apoyo.

Al hacer la comparación con estudios donde se aplicó el SVEST, sobre las preguntas asociadas a la caracterización sociodemográfica, debe tenerse en cuenta que los últimos estudios de caracterización del talento humano del sector salud en Colombia fueron realizados en el periodo 2001 a 2003, y en términos generales, puede decirse el país carece de una caracterización que identifique las características clave y las problemáticas del talento humano del sector salud (39).

Caracterización Sociodemográfica

En cuanto el aspecto de las edades se encuentra que, en el caso de la caracterización realizada, más del 65% del talento humano en salud corresponde a personas menores de 40 años, mientras que para el caso de este estudio y como datos relevantes del grupo, se encuentra que 22 de los encuestados, están en el grupo de personas de 30 años, es decir en la categoría 1, lo que equivale al 26%. En la categoría 2, es decir con edades entre 31 y 40, se encuentran 32 personas, es decir el 38%. En la categoría 3, es decir con edades entre 41 y 50, se encuentran 18 de los 85 encuestados, lo que equivale a un 21%. En la última categoría, es decir la cuarta, se encuentran ubicadas las personas de 51 años o más, que alcanzan a ser 13, lo que equivale a un 15%. Esto demuestra que la categoría que predomina en el grupo es la 2, con personas entre 31 y 40 años.

Con respecto a la variable sexo, en el estudio de Aranaz et al., (19), se encontró que por cada hombre en área de la salud hay 3,4 mujeres, que es la misma proporción encontrada en este estudio, en el que, del total de encuestados, 66 pertenecen al sexo femenino, frente a 19 que pertenecen al sexo masculino, lo que equivale a un 78% de mujeres, y un 22% de hombres, mostrando el mismo 3,4 mujeres frente a 1 hombre, dentro del grupo de personas encuestadas.

En cuanto al nivel educativo, en el estudio tomado como referencia, el 58% cuenta con formación universitaria, el 38% son auxiliares y el 4% tecnólogos y técnicos profesionales, frente a los resultados de este estudio en donde del total de encuestados, no se encuentra nadie en la categoría 1, es decir con estudios de primaria. Por otra parte, al buscar la manera de comparar los resultados del nivel de estudio del talento humano, no se encuentran estudios donde esta variable se analice. En este estudio y en la categoría 2. Secundaria, se encuentran 2 personas, lo que equivale a un 2%. En la categoría 3. Técnico, se encuentran 25 personas, lo que equivale a un 29%. En la categoría 4. Tecnológico, se encuentran 16 personas, lo que equivale a un 19%. En la categoría 5. Profesional, se encuentran 17 personas, lo que equivale a un 20%. En la categoría 6. Especialista, se encuentran 14 personas, lo que equivale a un 17%. En la categoría 7. Especialista Clínico, se encuentran 9 personas, lo que equivale a un 11%.

Experiencia y apoyo para la segunda víctima

Al realizar estos análisis, se aumenta la posibilidad de entender mejor los impactos generados por una situación adversa y poner en marcha diversas estrategias y recursos que permitan el fortalecimiento individual, familiar y comunitario. Las intervenciones de apoyo para la segunda víctima sirven como factores de protección que pueden mejorar las habilidades de enfrentar y superar las experiencias y optimizar la recuperación del impacto de un evento clínico imprevisto.

En el estudio realizado por Carillo (20), se encontraron los siguientes factores de riesgo: gravedad del EA, atribución interna del EA, percepción responsabilidad, auto culpación, ausencia apoyo institución e iguales, deterioro de la relación con el paciente tras EA, procesos de investigación interna, Dedicar más del 75% del tiempo de trabajo a la práctica clínica, Ser mujer. Estrecha relación profesional-paciente previa al EA, Especialidad médica de riesgo.

Estos resultados se diferencian con los del presente estudio, pues en el grupo de la muestra, el 66,6% pertenece al género femenino, lo que significa que concuerda con lo que exponen los autores, al clasificar el género como factor de riesgo. Por otra parte, en cuanto a la

experiencia del personal de salud vinculado con la ocurrencia de los eventos adversos centinelas, se pudo evidenciar que el 29% de los encuestados presentaron sentimientos de culpa, los cuales se manifestaron en sentimientos de tristeza en la mitad de estas personas. Se estima que una tercera parte de las personas que participaron en este estudio han tenido una experiencia de segunda víctima durante sus carreras profesionales, por lo que es fundamental que las instituciones de salud proporcionen los mecanismos de apoyo, que les permitan mitigar el sufrimiento y promover una curación óptima para las segundas víctimas.

En cuanto a los factores de protección que expone Carrillo (20), los definen como: apoyo institucional, cultura positiva de seguridad, relación positiva con el paciente tras la ocurrencia del EA, personalidad: tolerancia a la incertidumbre, atribución realista de determinados resultados del paciente (bajo control), están relacionados a las respuestas que se obtuvieron en el presente estudio, pues el 72% de los participantes, espera que la institución cuente con un lugar pacífico disponible para recuperarse después de lo sucedido (20).

Formas de apoyo deseadas

Las estrategias de afrontamiento de la segunda víctima fueron: aceptación responsabilidad, disculpa, búsqueda de apoyo social, autocontrol emocional (20). Estas estrategias que se presentan están relacionadas con el presente estudio en donde el 76% de estos individuos, esperan poder tener un programa de asistencia al empleado que pueda proporcionar acompañamiento.

Dentro de las fuentes esperadas por los individuos del estudio con el que se realiza la comparación, el 83% de ellos, considera que su fuente de apoyo preferida es el apoyo interno, coincidiendo con lo que expresa el 65% de los 85 encuestados en este, pues esperaría poder tener la oportunidad de programar un tiempo con un consejero en el hospital para discutir el evento.

La evaluación que se hace a este tipo de experiencias, precisa de la profundidad y amplitud de las oportunidades de mejora como componente fundamental en el ciclo de aprendizaje organizacional. Por ejemplo, en los datos que se obtuvieron en este estudio, sugieren que aproximadamente el 42% de los encuestados manifestó que después de la experiencia tuvo miedo de intentar realizar procedimientos difíciles o de alto riesgo. Estos hallazgos repercuten como implicaciones para la seguridad del paciente, ya que los efectos de la experiencia de una segunda víctima colocan al proveedor de atención médica en riesgo de cometer errores médicos, por la inseguridad que se genera.

En cuanto al reporte de los eventos adversos centinelas, se encuentra que en el estudio presentado por Cortés (40), el 88% del personal asistencial manifestó un conocimiento regular relacionado con el concepto de evento adverso y sus características, adicionalmente un alto porcentaje de los profesionales (70%) demuestra miedo al reporte de eventos adversos evidenciado en una baja cultura del reporte, concordando con la consulta realizada al informe español, sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos, realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (40), en donde identifican que aproximadamente el 95% de todos los eventos adversos no se documentan, es decir quedan ocultos, no sólo por la falta de la conciencia del error relacionado con el conocimiento adquirido, sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, del clima organizacional y de la confianza que hayan transmitido los líderes para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para encontrar culpables.

Continuando con este análisis, se encontró que en el estudio de Burlison (21), la opción de apoyo a la segunda víctima más deseada, fue un compañero respetado para discutir los detalles de lo que sucedió, lo que permite afirmar que coincide con lo encontrado en este estudio, en el cual, la recomendación de apoyo, fue la realizada por 30 de los 85 encuestados, llegando a un 35,29%, aspecto que muestra similitud con lo encontrado en el estudio tomado como referente.

Así mismo, los resultados del trabajo realizado por Santana (41), muestran que el instrumento utilizado, es decir el SVEST, es la única herramienta que existe actualmente para medir el fenómeno de las segundas víctimas. Ha sido validado y utilizado previamente en otros países; aunque existe una versión en español, esta versión fue validada en Argentina. La recomendación de hoy es realizar una adaptación transcultural de cualquier herramienta de medida, ya que pueden existir aspectos lingüísticos, connotaciones culturales o variaciones que afecten a la viabilidad de la herramienta.

En cuanto a las percepciones de las segundas víctimas, el estudio realizado por White (42), incluyó el miedo a las repercusiones de informar los errores médicos como una barrera, seguridad de apoyo, el liderazgo es fundamental para reducir el miedo a los informes de errores, mejor educación sobre la notificación de eventos adversos, desarrollando comentarios positivos cuando se producen eventos adversos informados, y se necesita el desarrollo de pautas de errores no punitivos para los profesionales de la salud; y la necesidad de desarrollar estándares operativos procedimientos para los equipos de apoyo entre pares de las instalaciones de atención médica.

Finalmente, en el trabajo realizado por Werthman (43), la revisión se centró en el apoyo de la enfermería y, por lo tanto, se limitó en su inclusión de programas que pueden abordar las necesidades de otros proveedores de otras profesiones. Adicionalmente, es posible que se manejen programas para enfermeros dentro de instituciones que existen como actividades de mejora del desempeño que pueden no publicarse comúnmente en literatura revisada por pares y, por lo tanto, no sería identificada por esta reseña. Esta revisión proporcionó una descripción general de los programas existentes que apoyan a los enfermeros que se han convertido en segundas víctimas, así como las características de estos programas que son tanto facilitadores como barreras para el éxito y el sostenimiento. Es de destacar que los programas exitosos dependían de elementos de apoyo de pares capacitados, de ser fácilmente accesibles para los enfermeros a través de una variedad de vías de comunicación y de contar con una metodología para evaluar los resultados. Las barreras incluían asegurar una financiación estable para estos programas y superar el estigma de revelarse como una segunda víctima. Todos estos hallazgos muestran que difiere en este de estudio que se

realizó, pues se trabajó con personal de la salud diferente a personal de apoyo de la enfermería. En el aspecto que se encuentran similitudes, se puede afirmar que corresponde a lo que tiene que ver con el tipo de apoyo esperado pues resulta igual el recomendado por los 85 encuestados, con respecto a que sean personas accesibles y capacitadas.

Desde el año 2020 el mundo está atravesando una situación que ha cambiado el paradigma en la prestación de servicios de salud, la actividad económica y la vida social. La pandemia por la infección del Virus SARS-CoV-2 Covid-19 puso en tensión a todos los sistemas sanitarios sin excepción y dejó en evidencia las falencias en la prestación de servicios, pero también ha brindado oportunidades de mejora e innovación que permiten en este momento brindar una atención en salud de manera más consiente, eficaz y segura.

Sin embargo, las grandes carencias del SGSSS se hicieron más visibles, así como el déficit de personal para la atención en salud y más aún cuando al ser línea de frente para la lucha contra el Covid fue el personal más afectado por el virus disminuyendo aún más el número de talento humano en salud para ser frente a la pandemia, sumado a la desconfianza generalizada de la población frente a la prestación de los servicios cuestionando las decisiones del equipo de salud frente a la condición real de los pacientes. Esta carga emotiva, tanto para los pacientes como para el personal, generó importantes cambios en las dinámicas al interior de las instituciones de salud y originó la necesidad de repensar la forma en la que se prestan los servicios de salud en el mundo.

Afectaciones de la institución de salud

Como resultado de los eventos adversos dentro de una institución de salud, se considera que la institución sufre de algunas afectaciones, las cuales, de acuerdo con los resultados en el estudio muestran que, para los participantes, se concentran en 3 categorías. La primera la que corresponde a afectaciones con respecto a la credibilidad de la institución, la segunda y tercera, con respecto a las afectaciones de tipo legal y económica que lleguen a impactar a la institución de salud.

Estas percepciones por parte de los encuestados coinciden con lo que presenta Cortés (40), pues en su estudio se considera que los errores en la prestación de los servicios de salud provocan por un lado altos costos financieros, aumento en los tiempos de estancia hospitalaria, aumento de los riesgos de presentar infecciones intrahospitalarias y por otro lado afecta la confianza, la seguridad y la satisfacción de los usuarios al momento de recibir el servicio. La prestación de los servicios de salud se convierte en el principal elemento de la seguridad del paciente con implicaciones de responsabilidad legal, moral que exigen una práctica competente, segura y destinada a mejorar la calidad del servicio.

Finalmente, en el estudio de Carrillo (20), se considera que el ocultamiento de las circunstancias del evento adverso puede contribuir al deterioro de la relación con el paciente y a la adopción de acciones legales contra la organización y se considera importante adaptar al marco legal de cada país y a las preferencias de los pacientes las recomendaciones sobre qué, quién, cómo, dónde y cuándo informar.

Atención en salud en tiempos de pandemia

Es importante tener en cuenta que, el nivel de conocimientos de las políticas de calidad de las instituciones de salud, aplicadas a los eventos adversos en época de pandemia, permite una mejor orientación hacia la prestación más segura de los servicios de salud por parte del personal de salud vinculado con la ocurrencia de los eventos adversos centinelas, de manera que la difusión, despliegue y generación de conocimiento permita minimizar el riesgo de que dichos eventos se presenten. Algunos eventos adversos en el marco de la coyuntura en salud actual pueden atribuirse a la carga laboral, al estrés propio del trabajo, las nuevas medidas y protocolos implementados durante la pandemia, esto nos lleva a establecer que, los eventos adversos pueden aumentar en tiempos de pandemia, y por ello se deben establecer estrategias que contribuyan a que estos no se presenten, o a que se realice el reporte, para establecer medidas que contribuyan a la disminución de eventos adversos, mejorar el reporte y por ende buscar soluciones que contribuyan a mejorar la seguridad del paciente.

10 CONCLUSIONES

La aplicación del instrumento permitió determinar en la institución las percepciones del personal acerca de las formas de apoyo institucional deseadas tras a la ocurrencia de eventos adversos centinelas, estas corresponden en primera instancia, a una conversación con el jefe inmediato o un superior sobre el evento con un promedio de respuesta de acuerdo a la escala de Likert de 3,74; así como la necesidad de la existencia de un programa para el acompañamiento una vez ocurra el evento adverso centinela con una proporción de 3,63 y la posibilidad de discutir con un compañero lo ocurrido con 3,52, evidenciando que el talento humano reconoce la importancia de definir e implementar programas de acompañamiento institucional a las víctimas de los eventos adversos.

El talento humano reconoce que la Institución prestadora de servicios de salud se afecta tras la ocurrencia de los eventos adversos centinelas, en su imagen y reputación, perdiendo credibilidad, así como menoscabo económico e implicaciones de tipo legal; a través de las percepciones, es claro que las implementaciones de los programas de seguridad del paciente impactan de manera directa y positiva a toda la organización.

En cuanto a la descripción de la experiencia directa o indirecta del personal de salud vinculado con la ocurrencia de los eventos adversos centinelas, el instrumento permitió a través de una escala de Likert la medición de las dimensiones de malestar psicológico y malestar físico, donde se identificó que el talento humano en salud experimento en mayor proporción 3,52 afectaciones de tipo psicológico a través del reconocimiento de emociones como tristeza, vergüenza, temor y culpa, asociado al evento y en menos proporción 1,93 malestar físico representado por cambios en el apetito y patrones de sueño. Se evidencia así entonces que tras la ocurrencia de los eventos adversos centinela el personal de salud presenta diferentes alteraciones que pueden pasar inadvertidas, pero que requieren intervención y apoyo por parte de la institución, favoreciendo así la cultura de seguridad y humanización de la institución.

El estudio permitió reconocer las percepciones del personal de salud e identificar las diferentes víctimas que se originan tras la ocurrencia de los eventos adversos centinelas, a su vez resalto la necesidad de fortalecer el rol de las instituciones para superar el efecto victimizante, la información recolectada aporta a la organización la base conceptual que le permita la transformación positiva de su cultura de seguridad del paciente tras la ocurrencia de los eventos adversos centinelas

11 RECOMENDACIONES

Sería importante usar esta herramienta con una población institucional más amplia, avanzar al menos a una cuarta parte de la población o una cobertura mayor de al menos el 50% de los colaboradores. Involucrar al menos a la mitad del talento humano le permitiría a la institución contar con una caracterización sociodemográfica más extensa, se podría identificar de manera más precisa las formas de apoyo institucional deseadas por el personal, además de poder interpretar cuál es la percepción de los colaboradores sobre las afectaciones y la experiencia del personal de salud vinculado con la ocurrencia de eventos adversos centinelas. Realizar esta actividad con mayor población le permite a la institución identificar si el perfil sociodemográfico del personal involucrado en la aparición de eventos adversos centinelas influye en la ocurrencia, la severidad o por el contrario se convierte en un factor protector en la prevención de eventos asociados a la atención en salud.

Los resultados de esta investigación deben ser tomados como línea base frente a la ocurrencia de eventos adversos centinela y su relación con las segundas víctimas, estos le permiten a la institución conocer de manera directa las formas de apoyo deseadas por el talento humano involucrado en un evento adverso centinela, concediéndole a la institución la oportunidad de crear estrategias y disponer de recursos financieros, estructurales y/o materiales suficientes, para que estas formas de apoyo deseadas por los colaboradores se materialicen y de esta misma manera permitan apoyar de manera individual y colectiva a los colaboradores que se vean implicados en la ocurrencia de eventos adversos centinela, la formas de apoyo deseadas identificadas en la presente investigación deben ser socializadas con el 100% de los colaboradores asistenciales y administrativos, llegar a un consenso de si estas son suficientes o por el contrario existen otras formas de apoyo que ayuden a complementar las ya identificadas y garantizar que todas estén enfocadas a brindar un acompañamiento idóneo, solidario, comprensivo y no punitivo frente a la ocurrencia de los eventos.

La institución debe contar con espacios físicos y con talento humano cualificado, entrenado y destinado para el abordaje de las segundas víctimas independientemente de su área de

desempeño, en estos espacios se debe garantizar un acompañamiento temprano y oportuno, donde el colaborador se pueda expresar, compartir su vivencia y recibir apoyo moral y psicológico inmediato en caso de ser necesario y que este mismo espacio pueda ser utilizado de manera personal y profesional cada determinado tiempo o a necesidad de las víctimas, el 72% de los participantes en esta investigación, espera que la institución cuente con un lugar pacífico, disponible para recuperarse después de lo sucedido. Es importante que la institución posterior a la ocurrencia de un evento adverso centinela, identifique de manera inmediata las necesidades de los colaboradores, una vez identificadas debe brindar un acompañamiento mayor al talento humano en salud, que permita mitigar el impacto psicológico tras la ocurrencia de este tipo de eventos.

Es necesaria la planeación, elaboración y/o socialización de un protocolo, guía, ruta de atención y/o programa de abordaje a las segundas víctimas que ofrezca herramientas de apoyo inmediatas en el abordaje de eventos adversos. Se estima que una tercera parte de las personas que participaron en este estudio han tenido una experiencia de segunda víctima durante sus carreras profesionales, por lo que es fundamental que la institución proporcione mecanismos de apoyo, que les permitan mitigar el sufrimiento, el 29% de los encuestados presentaron sentimientos de culpa, los cuales se tradujeron en sentimientos de tristeza en la mitad de estas personas.

La institución debe realizar de manera periódica encuentros de sensibilización institucional, frente a la responsabilidad directa y sus consecuencias en la ocurrencia de eventos adversos, la investigación evidencia que los colaboradores interpretan estas afectaciones frente a la credibilidad de la institución, las afectaciones de tipo legal y económica, estos tres resultados permiten crear conciencia en los colaboradores frente a todas las implicaciones jurídicas y legales que debe enfrentar la institución en cualquiera de las 3 esferas de las víctimas. Se recomienda programar seguimientos periódicos a los desenlaces clínicos y/o psicológicos en los pacientes (primera víctima), asegurarse que los colaboradores (segunda víctima) no esté afrontando un desgaste profesional y emocional asociado al evento. La institución debe estar atenta a conductas de evitación, dudas sobre aspectos clínicos, cambios de humor o ira, flashback de la situación u otros síntomas de

estrés postraumático. Igualmente, se podría plantear que la información obtenida en la institución permita identificar la necesidad de crear estructuras de apoyo específicas, que puedan satisfacer las necesidades de las personas involucradas en estos eventos. Estas estructuras deberían incluir procedimientos oportunos y transparentes para el proceso de investigación y el análisis de estos acontecimientos.

Se podría considerar la posibilidad de exponer las cifras financieras y los gastos económicos que debe enfrentar la institución y como estos pueden llegar a lesionar el musculo financiero de la institución que conllevan a considerar que los errores en la prestación de los servicios de salud provocan por un lado altos costos monetarios, aumento en los tiempos de estancia hospitalaria, aumento de los riesgos de presentar infecciones intrahospitalarias y por otro lado afecta la confianza, la seguridad y la satisfacción de los usuarios al momento de recibir el servicio. La prestación de los servicios de salud se convierte en el principal elemento de la seguridad del paciente con implicaciones de responsabilidad legal y moral que exigen una práctica competente, segura y destinada a mejorar la calidad del servicio.

Se deben realizar acciones de sensibilización al personal clínico y administrativo de la institución para que estos reconozcan el termino de segundas y terceras víctimas y así mismo poder identificar su posición frente a la ocurrencia de un evento adverso centinela. Resulta inminente abordar las necesidades de las segundas víctimas para poder realizar trabajos de prevención y operar de manera más eficiente cada vez que se desencadenen este tipo de sucesos. Se debe apuntar a utilizar la experiencia para generar mayor consciencia y promover una cultura de seguridad positiva, eficaz, eficiente y efectiva.

12 REFERENCIAS

JM C. To err is human. *Revue du Praticien*. 2005;; p. 1567-8.

(OMS) OMdIS. 10 Datos Sobre La Seguridad Del Paciente. ; 2019.

Social MdIP. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. ; 2010.

Organización Panamericana de la salud. Estudio AMBEAS. ; 2013.

Scott et al. Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. Grupo de investigación de segundas y terceras víctimas; 2015.

ML TC, P AP, JJ MS. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. *Atención Primaria*. 2016; 48: p. 143-146.

A. D. Evaluating physician competence. *Bull World Health Organ*. 2000; 78(6): p. 857-860.

Ministerio de la Protección social. Guía para metodología de cálculo de costos de calidad y no calidad. Bogotá, D.C.;; 2000.

Segura A EU. Guia-buenas-practicas-seguridad-.

Organización Mundial de la Salud. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica: Hacia una atención hospitalaria más segura. ; 2010.

Rodríguez R, Losardo R. Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. *Revista de la asociación médica Argentina*. 2018; 131(4): p. 25-30.

La Voz del Derecho. Ley de Talión. 2021.

Aranaz Andrés Jesus Ma ARCBJR. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Estudio Nacional sobre. Minist Sanid y Consum. ; 2006.

Consumo MDESY. Estudio APEAS. ; 2008.

Intensiva MdSPe. Incidentes y eventos adversos en medicina. Syrec; 2009.

David Hilfiker , M. D. Facing Our Mistakes: Journal NE; 1984.

McCay L WA. Medical error: the second victim. Br J Hosp Med. 2012; 73(10).

CR. D. TRUST: The 5 rights of the second victim.. J Patient Saf. 2007; 3(2): p. 107-119.

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).

Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J, et al. BMJ Qual Saf. 2014; 23: p. 325-331.

Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Torijano ML, Iglesias-Alonso F, et al. Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. Rev Calid Asist.. 2016; 31.

Burlison, J. D., Scott, S. D., Browne, E. K., Thompson, S. G., & Hoffman, J. M. The second victim experience and support tool (SVEST): validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resource. Journal of Patient Safety. 2017; 13(2).

Carmen Viviana Suaza Ballesteros. Los procesos de auditoria y los eventos adversos en el talento humano en salud Antioquia Ud, editor.: Universidad de Antioquia.

WHO. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. ; 2009.

Aibar Remón C, Aranaz Andrés J, Mira Solves J. Más allá de los Eventos Adversos. Profesionales e instituciones como segundas y terceras víctimas de los eventos adversos. In.; 2009.

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCCMERP Taxonomy of medication errors. NCCMERP Taxonomy of medication errors. ; 1998.

Vargas Melgarejo LM. Sobre el concepto de percepción. Alteridades., 1994; 4(8): p. 47-53.

Brunelli MV, Estrada S, Celano C.. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of a second victim experience and support tool (SVEST). J Patient Saf. 2018.

Colombia. MdSydlPSd. Resolución 5095 de 2018. 018;; p. 81.

Social MdSyP. Decreto número 1990. 2016..

República Cdl. Decreto 1760 de 1990. 1990..

Salud Md. Resolución 3100. 2019..

Salud Md. Resolución 5095. 2018..

Salud Md. Decreto 780. 2016..

República Cdl. Ley 10. 1990..

Salud Md. Decreto 1760. 1990..

Hernandez R. Metodología de la Investigación Mexico, D.F.: Mc Graw Hill; 2014.

Colciencias. Política de Ética, Bioética E Integridad Científica. 2017. Documento de Política Nacional de Ciencia.

Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2017; 28(5): p. 785-795.

Agudelo-Calderón CA,UJCG,RMR,&CCH. Caracterización del talento humano del sector salud en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2013; 61(1).

Cortés Mejía, H. D. Cortés Mejía, H. D. (2012). Causas por las cuales el personal asistencial y administrativo de Coomeva eps sector salud Medellín no reporta los incidentes y eventos adversos. 2012..

Santana-Domínguez, I., González-de la Torre, H., & Martín-Martínez, A.. Adaptación transcultural al contexto español y evaluación de la validez de contenido del cuestionario Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E). *Enfermería Clínica*. 2021.

White, R. M., & Delacroix, R. Second victim phenomenon: Is ‘just culture’ a reality? An integrative review.. *Applied Nursing Research*. 2020; 56.

Werthman, J. A., Brown, A., Cole, I., Sells, J. R., Dharmasukrit, C., Rovinski-Wagner, C., & Tasseff, T. L.. Second Victim Phenomenon and Nursing Support: An Integrative Review.. *Journal of Radiology Nursing*. 2021.

13 ANEXOS

ANEXO 1: Encuesta sobre la experiencia y apoyo a las segundas y terceras víctimas de los eventos adversos severos y centinelas por parte del personal asistencial y directivo vinculado con el programa de seguridad del paciente y los subprogramas de intervención.

Estimado participante: Muchos estudios han demostrado que en la atención a pacientes es frecuente que ocurran errores pudiendo producir o no un daño en el mismo. Su aporte es muy valioso y nos gustaría conocer su percepción y/o experiencia. La encuesta es de CARÁCTER ANÓNIMO (no es necesario su nombre) y le llevará pocos minutos responderla. Estos resultados serán tratados en forma absolutamente confidencial y usados únicamente con fines de investigación.

Sabemos que su aporte al responder con honestidad y transparencia traerá beneficios a la Institución. Muchas gracias por su colaboración con este importante estudio de investigación.

Antes de iniciar, quisiéramos que tenga en cuenta las siguientes definiciones:

Evento Adverso: Daño o lesión no intencional ocasionada por la atención en salud y no por la patología de base.

Evento Adverso Severo: Daño o lesión no intencional que produce un daño grave que prolonga la estancia hospitalaria del paciente y amerita la intervención mediante un procedimiento de mayor complejidad.

Evento Centinela: Daño o lesión no intencional que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas. Se incluye específicamente entre las injurias serias la pérdida de una parte o función del cuerpo.

Instrucciones: encontrará 3 apartes con una serie de datos y afirmaciones, indique la información básica y su grado de acuerdo en lo que respecta a usted y su experiencia en la clínica. En cada ítem marque con una X la casilla correspondiente.

Esta no es una prueba y, por lo tanto, no existen respuestas correctas e incorrectas. Su opinión sobre cada aspecto será adicionada con las opiniones de otros colaboradores y los resultados se presentarán de manera general, a fin de obtener la percepción sobre la experiencia y apoyo a las segundas y terceras víctimas de los eventos adversos severos y centinelas.

Parte 1, Caracterización Sociodemográfica:

A. Rango de edad:				B. Sexo:			
1. Menos de 30	2. Entre 31 y 40	3. Entre 41 y 50	4. 51 o más	1. Femenino	2. Masculino		

C. Nivel de estudio: Máximo nivel educativo que ha alcanzado					
1. Primaria	2. Secundaria	3. Técnico	4. Tecnológico	5. Profesional	
6. Especialista	7. Especialista Clínico	8. Maestría	9. Doctorado		

D. Nivel Organizativo: En qué nivel organizativo se ubica su cargo			
1. Directivo	2. Administrativo	3. Asistencial	

Si es personal asistencial o Líder de unidad o servicio diligencie:

1. Unidad de Cuidado intensivo		3. Servicio de atención Materno perinatal		5. Servicio de Cirugía	
2. Unidad de Cuidado Intermedio		4. Servicio de Hospitalización de alta complejidad			

H. Posición laboral en su área/unidad/servicio: Cargo o rol que desempeña					
1. Gerencia /Dirección	2. Líder/Coordinador área	3. jefe/Líder unidad	4. Médico general	5. Médico especialista	
6. Enfermera	7. Auxiliar de Enfermería	8. Fisioterapeuta	9. Terap. respiratoria	11. Bacteriólogo	
12. Químico farmacéutico	Otro, Cuál:				

I. Antigüedad en la institución:	J. Antigüedad en el área/unidad/servicio:	K. Años de experiencia en el área/unidad/servicio:
---	--	---

1. Menos de 6 meses	1. Menos de 6 meses	1. Menos de 6 meses	
2. Entre 1 y 3 años	2. Entre 1 y 3 años	2. Entre 1 y 3 años	
3. Entre 4 y 6 años	3. Entre 4 y 6 años	3. Entre 4 y 6 años	
4. Entre 7 y 10 años	4. Entre 7 y 10 años	4. Entre 7 y 10 años	
5. Más de 10 años	5. Más de 10 años	5. Más de 10 años	

Parte 2, Experiencia y apoyo:

1. ¿Conoce el término segunda víctima? SI NO
2. ¿Conoce el término tercera víctima? SI NO
3. ¿Alguna vez directa e indirectamente experimentó un evento adverso severo o centinela? SI NO
4. ¿Recuerda hace cuánto tiempo aproximadamente?
 - Menos de 1 año Entre 1 y 2 años Más de 3 años No recuerda
5. ¿Informó del evento adverso una vez presentado? SI NO
6. ¿Usted sabe si la institución intervino al personal afectado por este evento adverso? SI NO

Si usted vivió una experiencia directa o indirectamente con un Evento Adverso severo o centinela responda las siguientes preguntas, de lo contrario pase a la parte 3 de este cuestionario.

Para las siguientes afirmaciones por favor responda en qué medida Ud. está o no de acuerdo considerando la siguiente escala de 1 a 5, donde 1 es casi nada o muy poco de acuerdo y 5 es muy de acuerdo.

Frente a un evento adverso severo o centinela Ud. experimentó:	Poco		Mucho		
	1	2	3	4	5
1. Sentí vergüenza por esta situación					
2. Sentí miedo de que me vuelva a pasar de nuevo					
3. Me sentí triste por la experiencia frente al evento					
4. Sentí una profunda culpa por haber experimentado este hecho					
5. El stress que me provocó fue agotador					
6. Tuve problemas para dormir regularmente a raíz de este tipo de situación					
7. La tensión por estas situaciones me hizo sentir síntomas físicos (por ej. mareado o con náuseas, etc.)					
8. Al pasar por esta situación me afectó el apetito					
9. Aprecié los intentos de mis compañeros de trabajo por consolarme					
10. Hablar de lo que pasó con mis colegas me generó alivio					
11. Mis colegas me mostraron su apoyo a lo que me pasó					
12. Mis colegas me ayudaron a sentir que sigo siendo un buen empleado a pesar de lo sucedido					
13. Mi(el) jefe actuó para resolver la situación					

14. Mi (el) jefe culpó al equipo cuando sucedieron los hechos.					
15. Sentí que mi (el) jefe tiene en cuenta la complejidad del paciente cuando evalúa estas situaciones					
16. Sentí que mi (el) jefe me comprendió ante lo que ocurrió					
17. Mi (el) hospital entiende que quienes se equivocan pueden necesitar ayuda					
18. Mi (el) lugar de trabajo me ofrece distintos recursos para ayudar a los profesionales que se equivocan a superar las consecuencias					
19. Busco apoyo emocional en mis amigos cercanos y familiares después de que ocurre una de estas situaciones.					
20. El afecto de mis amigos y familiares más cercanos me ayuda a superar estas situaciones					
21. Después de mi participación en el evento me sentí inseguro respecto a mis habilidades laborales					
22. Esta experiencia me hace preguntarme si soy o no realmente un buen empleado					
23. Después de mi experiencia tuve miedo de intentar realizar procedimientos difíciles o de alto riesgo.					
24. Estas situaciones hacen que me cuestione mis habilidades					
25. Mi experiencia con estos eventos me ha generado un deseo de dejar de atender pacientes o de trabajar					
26. En ocasiones el estrés de estar involucrado en este tipo de situación me da ganas de abandonar completamente mi trabajo					
27. Mi experiencia con un evento adverso ha ocasionado que me sienta incapaz de continuar con mis labores ese día.					

28. Me hubiese gustado tomarme uno o unos días sin trabajar después de lo que ocurrió					
---	--	--	--	--	--

Tomado y adaptado de: Brunelli, María Victoria RN, BN, MSc; Estrada, Silvina RN, BN, MSc; Celano, Constanza RN, BN, MSc. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of a Second Victim Experience and Support Tool (SVEST).

Parte 3, Formas de apoyo deseadas:

Indique su nivel de conveniencia para los siguientes tipos de apoyo que podría ofrecer su institución para aquellos que se han visto afectados negativamente por su participación en un evento adverso para la seguridad del paciente¹, donde 1 es casi nada o muy poco y 5 es mucho.

Frente a un evento adverso severo o centinela que tipos de apoyo le gustaría que la institución ofreciera:	Poco		Mucho		
	1	2	3	4	5
1. La posibilidad de retirarme inmediatamente de mi lugar de trabajo.					
2. Que la institución cuente con un lugar pacífico disponible para recuperarme después de lo sucedido					
3. Un compañero para discutir los detalles de lo sucedido.					
4. Un programa de asistencia al empleado que pueda proporcionar acompañamiento.					
5. Una conversación con mi jefe inmediato o un superior sobre el evento.					
6. La oportunidad de programar un tiempo con un consejero en mi hospital para discutir el evento.					

¹

7. Una forma confidencial de ponerme en contacto con alguien las 24 horas del día para discutir cómo mi experiencia me puede estar afectando.					
8. Que recomendaría Ud. para que la institución implemente frente a estos hechos en beneficio del colaborador:					

2. Tomado y adaptado de Burlison, Scott, Browne, Thompson Hoffman. The second victim experience and support tool (SVEST): Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. J Patient Saf. 2017 June ; 13(2): 93–102. doi:10.1097/PTS.0000000000000129.

Percepción de afectaciones en las terceras víctimas (Institución de salud):

Indique su nivel de reconocimiento a las afectaciones de la institución con la ocurrencia de los eventos adversos severos y centinelas. Para la siguiente afirmación por favor responda la probabilidad con la que cree se afecta a la institución, donde 1 no es probable y 5 es muy probable:

Afectaciones de la institución de salud cuando se presenta un evento adverso:	Poco		Mucho		
	1	2	3	4	5
Los eventos Adversos severos y centinelas afectan la reputación/imagen de la institución					
¿Cuáles cree que son las afecciones que puede tener la institución de salud tras la ocurrencia de un evento adverso severo o centinela?					

¡Gracias por su valiosa colaboración!

ANEXO 2: Definición de términos y conceptos

Para el estudio es necesario tener en cuenta los siguientes conceptos (21)

Seguridad del paciente: conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de la atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

Práctica segura: Intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

Fallas en la atención en salud: una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

Incidente: evento o circunstancia que sucede en la atención en la atención clínica del paciente que no genera daño pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

Evento adverso (EA): daño no intencional causado al paciente como resultado clínico no esperado de la asistencia sanitaria y que puede o no estar asociado a un error clínico.

Evento adverso prevenible: resultado no deseado no intencional que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento adverso no prevenible: resultado no deseado no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares de cuidado asistencial.

Evento adverso leve: se considera evento adverso leve todo aquel que genere lesión o daño, pero no aumenta la hospitalización o no requieren procedimiento o tratamiento adicional.

Evento adverso moderado: aumenta la hospitalización de un día en adelante y requiere tratamiento médico adicional.

Evento adverso severo: es aquel evento que genera daño en el mismo órgano objeto del procedimiento de la cirugía o en otro órgano o aquel que genera discapacidad transitoria o permanente en el paciente.

Evento adverso centinela: hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro

Primera víctima: paciente que sufre un Evento Adverso. También se considera primera víctima a los familiares y amigos cercanos del paciente afectado (32).

Segunda víctima: todo profesional sanitario que participa en un Evento Adverso, un error médico o una lesión relacionada con el paciente no esperado y que se convierte en víctima en el sentido que queda traumatizado por el evento (32).

Tercera víctima: organización sanitaria que puede sufrir una pérdida de reputación como consecuencia de un incidente para la seguridad del paciente (32).

Secuela: del latín *sequēla* "lo que sigue", "**consecuencia**", en medicina, es la lesión o trastorno remanente tras una enfermedad o un traumatismo. Una secuela es la alteración persistente de una lesión, consecuencia de una enfermedad, un traumatismo o una intervención quirúrgica. Se considera secuela a partir del momento en que no se pueden resolver las consecuencias o complicaciones de un problema de salud. Generalmente el paciente suele precisar una adaptación física y/o psíquica a su nueva situación vital. Aparecen en cualquier edad de la vida.

Ansiedad: La ansiedad es un sentimiento de miedo, temor e inquietud. Puede hacer que sude, se sienta inquieto y tenso, y tener palpitaciones. Puede ser una reacción normal al estrés. Por

ejemplo, puede sentirse ansioso cuando se enfrenta a un problema difícil en el trabajo, antes de tomar un examen o antes de tomar una decisión importante. Si bien la ansiedad puede ayudar a enfrentar una situación, además de darle un impulso de energía o ayudarlo a concentrarse, para las personas con trastornos de ansiedad el miedo no es temporal y puede ser abrumadora.

Estrés laboral: es la relación que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación. puede producirse en situaciones laborales muy diversas, a menudo se agrava cuando el empleado siente que no recibe suficiente apoyo de sus superiores y colegas.

Confusión: Es la incapacidad para pensar de manera tan clara y rápida como uno normalmente lo hace. Usted puede sentirse desorientado y tener dificultad para prestar atención, recordar y tomar decisiones. Puede aparecer rápida o lentamente con el tiempo, según la causa. Muchas veces dura poco y desaparece

Costos de calidad: Costos en que incurre una empresa u organización para evitar la no calidad, es decir, para lograr que todos los trabajadores hagan bien su trabajo todas las veces y determinar si la producción tiene la calidad aceptable y cumple las especificaciones necesarias.

Costos de no calidad: Todos aquellos costos en que se incurre debido a que no se ha conseguido la calidad especificada. La no calidad es consecuencia de las fallas en la producción de servicios y estos pueden dividirse en fallas internas y fallas externas.

Calidad en salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.