

# Sin profesionales de la salud comprometidos no hay futuro para la seguridad del paciente

A pesar de que todas las personas cometen errores, no todos ellos tienen el mismo significado o trascendencia. Los errores clínicos tienen una importancia especial porque la salud (y a veces la vida) de los pacientes está en juego.

La idea de que solo los “malos” profesionales cometen errores, precisamente por su incompetencia, es falsa. Sería maravilloso que fuera verdad, porque significa que resolveríamos el problema de la seguridad del paciente con una solución sencilla, sacando a estos “malos profesionales”. Pero la realidad es mucho más compleja y todos los profesionales, inclusive aquellos con una excelente trayectoria, pueden cometer errores con consecuencias serias o fatales.

La cultura organizacional que defiende la idea de que los errores son esporádicos y son el resultado de la falta de experiencia de algunos pocos profesionales tan solo oculta la realidad y, en definitiva, somete a los pacientes a mayores riesgos. Las organizaciones de la salud que tienen este comportamiento pierden la oportunidad de prevenir incidentes de seguridad en el futuro y también ponen en riesgo la seguridad jurídica, el criterio clínico y el bienestar laboral de los profesionales.

El hecho de aceptar que pueden cometerse errores no quiere decir que permitamos que sucedan sin intentar evitarlos. Precisamente, como sabemos que suceden, tenemos la obligación de detectar los posibles errores propios de la actividad asistencial para actuar de forma correcta. No hacerlo es irresponsable e inadmisibles.

La gestión de los riesgos inherentes a la actividad asistencial es fundamental para la seguridad del paciente y para la eficacia profesional. Cuando ocurre un evento adverso, observamos un efecto dominó y, luego de que el paciente sufre algún daño, son los profesionales involucrados de forma más directa quienes también atraviesan síntomas de ansiedad, sentimientos de culpa y dudas sobre su capacidad clínica, que pueden afectar negativamente su competencia y poner a otros pacientes en riesgo. A estos profesionales se los llama segundas víctimas, desde que Albert Wu(1) acuñó ese término, ya que quedan traumatizados por el incidente. La cantidad de profesionales involucrados en estas circunstancias varía de acuerdo con los estudios, que oscila alrededor del 70%.(2) Se estima que aproximadamente el 24% de estos proveedores de la salud necesita un tiempo fuera del trabajo y el 25% necesita cambiar de centro o de actividad. Esta experiencia es común y requiere una intervención específica, como las propuestas por Susan Scott

(ForYoU)(3), Albert Wu (RISE3) o nuestro programa de prevención primaria (MISE).(4)

El uso del término “víctima”, que se refiere a los profesionales, ha sido cuestionado recientemente por parientes de los pacientes,(4) que piden que deje de usarse porque sugiere que los profesionales evitan responsabilidades, contribuye a que se le preste más atención al sufrimiento de los profesionales que al de los pacientes o sus familias y, sobre todo, porque su sufrimiento no puede compararse con el de otros, especialmente después del dolor de la pérdida de un ser querido.

Hoy se considera que este trauma afecta al profesional tanto cuando el paciente sufre algún daño al recibir atención médica (evento adverso), cuando ocurre un cuasi incidente (que no afecta al paciente) o inclusive cuando no sucede un incidente de seguridad, pero el profesional siente que la evolución del paciente no es la esperada. En todos estos casos, observamos esta respuesta con diferentes niveles de gravedad según la personalidad del profesional, su capacidad de lidiar con el estrés y, dependiendo del incidente, el tipo de daño que sufrió el paciente, o que podría haber sufrido.

También tenemos que ser conscientes de que no todas las fallas del sistema u organizacionales, ni todos los errores humanos son iguales. Es necesario diferenciar entre situaciones en las que ocurre un evento adverso inesperado en una organización comprometida con la seguridad del paciente y aquellas en las que los eventos adversos son el resultado de situaciones conocidas en las que no se tomaron las decisiones correctas. El primer caso es parte del clima de incertidumbre en que se toman las decisiones y se ejecutan los procedimientos clínicos. El segundo es un comportamiento imprudente.

Los errores clínicos suelen ser el final de una cadena originada por fallas del sistema u organizacionales que favorecen (y a veces determinan) que un profesional de primera línea cometa un error en la atención a un paciente y eventualmente pueda perjudicarlo (evento adverso).

Los eventos adversos relacionados con un resultado indeseado y evitable, como los que ocurren en el caso de procesos de curso crónico,(5) sin duda son los más difíciles de identificar y de prevenir. Las organizaciones que difunden una cultura organizacional que reconoce sus fallas y errores y habla sobre ellos son las que logran evitarlos en el futuro. Pero esto significa que debe crearse el marco adecuado para poder llevarlo a cabo.

El bienestar laboral y una cultura de seguridad no punitiva determina el éxito de una excelente calidad de asistencia. Negar la importancia de “cuidar a los que cuidan” significa disminuir las posibilidades de ofrecer seguridad al paciente.(6) Las organizaciones que implementan medidas para ayudar a los profesionales a lidiar con los incidentes de seguridad se destacan por su capacidad de reducir la cantidad de eventos adversos. Esas organizaciones ayudan a sus profesionales a tener más seguridad en su capacidad de lidiar con la creciente complejidad e incertidumbre de la práctica clínica y, de esta forma, alcanzan una excelente calidad de asistencia.

Mejorar la seguridad del paciente pasa por empoderar e involucrar a los profesionales de la salud.

**José Joaquín Mira**  
*Departamento de Salud Alicante-Sant Joan, Alicante, España.*  
*Universidad Miguel Hernández, Elche, España.*  
*<https://orcid.org/0000-0001-6497-083X>*

DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900065>



## Referencias

---

1. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320(7237):726–7.
2. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al.; Research Group on Second and Third Victims. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):151.
3. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*. 2016;6(9):e011708.
4. Clarkson MD, Haskell H, Hemmelgarn C, Skolnik PJ. Abandon the term “second victim”. *BMJ*. 2019;364:i1233.
5. Amalberti R, Benhamou D, Auroy Y, Degos L. Adverse events in medicine: easy to count, complicated to understand, and complex to prevent. *J Biomed Inform*. 2011;44(3):390-4.
6. Avramchuk AS, McGuire SJ. Patient Safety Climate: A Study of Southern California Healthcare Organizations. *J Healthc Manag*. 2018;63(3):175–92.