

Viernes 28 de abril de 2023

Entrevista: "Hoy en día la conciencia para crear un entorno más seguro está más extendida"

Entrevista a **José Joaquín Mira Solves**, doctor en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid. Catedrático de la Universidad Miguel Hernández de Elche, facultativo especialista en Psicología Clínica en el Departamento de Salud de San Juan, Alicante y **experto en el concepto de segunda víctima**.

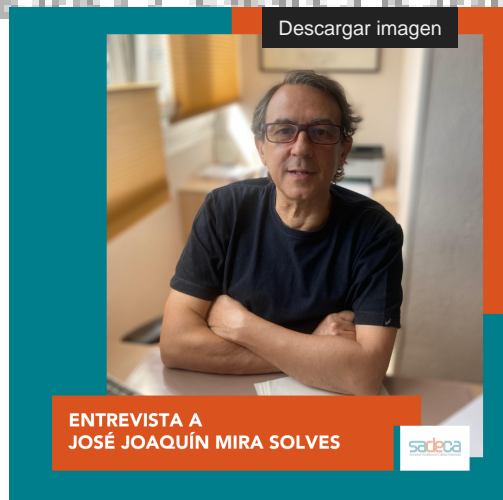
En sus palabras:

"A principios de 2010 empecé con los Dres. Aranaz y Lorenzo a estudiar el fenómeno de las segundas víctimas y gracias a una ayuda a la investigación del Instituto de Salud Carlos III condujimos un estudio a nivel nacional sobre qué ocurría en hospitales y atención primaria. Previamente, habíamos celebrado con la ayuda de la Fundación Mpafré una primera reunión con periodistas y juristas con el objetivo de identificar pautas de actuación y elaboramos un decálogo que se publicó en 2013. En 2015 tuve la ocasión de colaborar con el Ministerio de Sanidad en la organización de un primer foro en el que, como parte de la Estrategia Nacional en Seguridad, se abordó el fenómeno de las segundas víctimas, iniciando una estrecha colaboración con colegas europeos en esta materia. Actualmente dirijo el **Consortio Europeo ERNST** con financiación de COST Association (COST Action 19113), European Cooperation in Science and Technology".

▪ ¿Cuándo empezó a trabajar en Seguridad del Paciente?

En los primeros compases de este siglo XXI. Mi primer estudio, que cita directamente a la **seguridad de los pacientes** como objetivo, fue en 2006 y relacionamos entonces la información al paciente como instrumento para incrementar la seguridad. Posteriormente, en colaboración con el Dr. Aranaz, que dirigió el estudio APEAS para determinar la frecuencia de eventos adversos en atención primaria, empezamos una serie de proyectos sobre esta temática que han abordado diversos aspectos, **buscando siempre una atención más segura**.

▪ Desde que empezó hasta hoy ¿ha visto avances en este ámbito? ¿En qué sentido?



segunda

Es indudable que se ha producido un cambio y que este cambio no sólo va en la dirección adecuada, sino que nos sitúa, en el entorno europeo, en una buena posición. Es indudable que la lista de deberes es muy larga, pero los deberes hechos también son muchos. A principios del 2000, cuando acudíamos a un centro sanitario y hablábamos de errores, las caras eran un poema. La asistencia muy justa. **Hoy en día abordamos temas complejos sin complejos y la conciencia para crear un entorno más seguro** está extendida.

Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial

- **En pocas palabras, ¿qué son las segundas víctimas?**

Cualquier profesional del sector que en el curso de su actividad asistencial se siente muy **afectado emocionalmente** por verse responsable de un determinado resultado **en el curso de la atención sanitaria** a un paciente. Bien sea por haber cometido un error involuntario, porque el paciente sufre un evento adverso inesperado (haya o no haya previamente un error humano), no evoluciona como esperaba, o circunstancias similares. El profesional empieza a dudar de su capacidad, de sí mismo/a, se ve emocionalmente alterado y puede empezar a cometer errores de juicio, de ejecución y no levantar cabeza hasta pasado un tiempo o recibir alguna ayuda.

- **¿Cómo llegó a interesarse por este tema en particular?**

Creo que ha sido una evolución natural al empezar a analizar con qué frecuencia algo no va bien, luego se pasa a **analizar las causas de los eventos adversos**, idear estrategias y herramientas para reducirlos, analizar el impacto en pacientes desde diversos puntos de vista, estudiar el impacto económico en las instituciones sanitarias y para la sociedad y, finalmente, pasar a analizar qué rol juega cuidar a quienes cuidan en el ámbito de la seguridad del paciente.

- **¿Cuáles son las consecuencias más comunes que sufre una segunda víctima?**

La primera es sentir **dudas sobre su capacidad**. Necesita una respuesta de por qué pasó. Suele experimentar insomnio, cambios de humor, miedo a lo que pueda llegar a pasar. Piensa en dejarlo todo y abandonar. La técnica con la que se produjo el evento adverso prefiere no volverla a hacer. Siente vergüenza y busca aislarse. Cambia el humor y no solo en el trabajo, también en su vida privada. Las prácticas defensivas pueden aparecer y las relaciones en el equipo se resienten y **pueden afectar a su trabajo y rendimiento**.

- **¿Existen metodologías específicas para abordar este tema?**

Las experiencias pioneras surgieron en EE.UU. En Europa, las primeras experiencias empezaron ponerse en marcha en Bélgica y Holanda. En España tenemos muy buenos ejemplos y en Andalucía se han ido extendido intervenciones basadas, como en otros países, en el apoyo entre pares entrenados. Actualmente, **en Europa el consorcio ERNST está impulsado estas intervenciones en el conjunto de los países de la Unión Europea**. En español se puede consultar la página de [segundas víctimas](#).

SADECA

▪ ¿Con qué frecuencia los profesionales se ven implicados en eventos adversos?

Realmente lo raro es que un profesional en el curso de su carrera no haya sentido estas sensaciones de segunda víctima en algún momento. En el estudio a nivel nacional que llevamos a cabo hace unos años y en el que preguntábamos por los últimos 5 años, **alrededor del 75%** había afrontado una situación similar a la que estamos hablando con mayor o menor intensidad. Sobre un 5-6% evoluciona de forma negativa y tiene dificultades para seguir en la profesión, y sobre **un 20% solicita una baja médica** por este motivo.

▪ ¿Qué pueden hacer las administraciones para identificar y atender las necesidades de las segundas víctimas?

El actual marco legal de responsabilidad profesional debemos **reflexionar si contribuye o frena la implantación** de las actuales herramientas para incrementar la seguridad de los pacientes. Introducir una cultura justa como parte de los enfoques de dirección es otra clara responsabilidad de la Administración. Si avanzamos en una Ley de Seguridad de Pacientes en España estos aspectos no pueden quedar al margen.

La conceptualización actual del error involuntario basada en la imagen de la manzana podrida en la canasta es un grave error, alejado de la realidad. Los datos, los resultados de los análisis causa-raíz y el sentido común, nos indican que por ese camino **damos la espalda a oportunidades para incrementar la seguridad de los pacientes.**

Por último, **impulsar intervenciones de soporte** a los profesionales en situaciones altamente estresantes (resiliencia de las personas y los equipos) es una tarea aún pendiente. La pandemia nos ha puesto al borde un precipicio en lo concerniente a la moral laboral y deberíamos aprender de la experiencia, extrayendo algunas lecciones sobre cómo la calidad de la asistencia sólo es posible con el concurso de la fuerza de trabajo profesional y ésta necesita sentirse segura, capacitada, escuchada y apoyada en su labor.

▪ Según su experiencia, ¿qué formación deberían tener los profesionales que abordan esta problemática?

Las experiencias con las que contamos nos indican que no se requiere una especialización determinada. En otros sectores, como seguridad aérea o ferroviaria, en las ONGs que atienden situaciones como las catástrofes se sigue un esquema similar. Hay que **formarse en escucha activa, conducir una entrevista orientada a facilitar una catarsis** de las emociones que se experimentan. Lo contrario sería no dar soluciones ni indicar qué hacer, lo que no permite a la persona entender la situación. En estos casos (que normalmente son pocos) se puede requerir una ayuda diferente, como la derivación a servicios especializados en salud mental, que es la vía adecuada. En estos casos, recomendados firmemente contar con un circuito propio y diferenciado.

▪ ¿Recomendaría algún trabajo científico sobre esta temática?

SADECA

En las citadas páginas web, en inglés y en español, se encuentra una abundante literatura. Nuestro manual con recomendaciones creo que puede guiar los primeros pasos.

- **¿Cree que sociedades como SADECA ayudan o pueden ayudar de alguna manera al reconocimiento de esta problemática y la puesta en marcha de soluciones?**

Las sociedades científicas deben tomar cartas en este asunto. Pueden realizar recomendaciones a sus integrantes y potenciar debates y encuentros con las Administraciones. Están en condiciones de hacerlo y su rol puede ser determinante de que se toma mayor conciencia del problema. No es una nueva situación pero la hemos obviado durante mucho tiempo. La **Estrategia 5 de la OMS** en el nuevo marco por la seguridad de los pacientes es un respaldo a lo que vengo diciendo y puede ser una buena palanca para empezar a hablar.

- **¿Qué le recomienda a los grupos de profesionales o entidades que quieran empezar a desarrollar estrategias de identificación e intervención para segundas víctimas?**

Hay buenas iniciativas de las que se puede aprender, pero esto es un traje a medida. **Hay que pensar en la propia cultura organizacional**, las personas que son referentes en nuestros centros, la forma en la vamos a bordando los problemas para la seguridad. En una organización que no se haya consolidado una cultura proactiva de seguridad siempre va a ser más difícil lograr un cambio positivo. Promover la seguridad psicológica en los equipos, **asegurar la transparencia en la información a pacientes** (o sus familiares) y establecer por **consenso** las reglas del juego son pasos necesarios e indispensables a mi modo de ver.