

Aumento de la ocurrencia de eventos adversos en los centros de salud asociado al desgaste emocional durante la pandemia por COVID-19

Camila Benítez Ugarte

Tecnóloga Médica. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Resumen

La pandemia de COVID-19 sin duda ha sido una de las peores catástrofes sanitarias de los últimos 50 años. Durante casi 3 años, los equipos de salud volcaron sus esfuerzos en la atención de los contagiados, debiendo soportar jornadas maratónicas de trabajo, lo que trajo consigo innumerables secuelas, como estrés, ansiedad, insomnio, depresión y burnout. Las segundas víctimas son aquellos trabajadores de salud que están involucrados en un Evento Adverso y presentan afección física, emocional, psicológica y/o laboral. Cuando se produce un incidente para la seguridad de los pacientes, los profesionales sienten miedo, dudas de su capacidad técnica para atender a los pacientes, ansiedad e inseguridad a consecuencia de estos hechos, teniendo un impacto negativo, que incapacita y aumenta la probabilidad de error en las horas y días siguientes. Por tal razón se hace revisión de la literatura con la finalidad evidenciar la relación del aumento de la ocurrencia de eventos adversos en la atención sanitaria, debido al desgaste emocional vivido durante los años 2020-2023. Los hallazgos son concluyentes en la relación y dentro de las tareas pendientes, se encuentra implementar una cultura de Calidad y Seguridad del Paciente desde el nivel central, que trabaje en la prevención, más que en la corrección, lo cual permitiría abordar las posibles causas de la generación de riesgos y realizar acompañamiento a las segundas víctimas, a fin de acompañarlos en sus secuelas y reafirmar sus competencias profesionales.

Palabras claves: Segundas Víctimas, Eventos Adversos, Seguridad del Paciente, Calidad Asistencial, Pandemia.

Introducción

La pandemia de COVID-19 sin duda ha sido una de las peores catástrofes sanitarias de los últimos 50 años. Según datos de la OMS, unos 14,9 millones de personas murieron en el mundo a causa de la pandemia de COVID-19 entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2021 (ONU, 2022) debiendo agregar a este número, al menos unos 5,4 millones hasta la fecha.

Esta enorme cifra reveló no solo la impactante mortalidad del virus, sino también la nula preparación de los sistemas de salud ante una situación de esta envergadura. Pese a los innumerables avances que ha presentado la ciencia en la actualidad, ninguno de estos pudo hacerle frente a los primeros meses de la infección, generando una enorme sobrecarga laboral en los centros de salud.

Durante casi 3 años, los equipos de salud volcaron sus esfuerzos en la atención de los contagiados, debiendo soportar jornadas maratónicas de trabajo, lo que trajo consigo innumerables secuelas, como estrés, ansiedad, insomnio, depresión y *burnout* (Danet, 2021).

Pero el síndrome de *burnout* no es algo nuevo dentro del ambiente laboral, menos aún dentro del área de la salud, se le define como: “un estado emocional que acompaña a una sobrecarga de estrés y que eventualmente impacta la motivación interna, actitudes y la conducta” (Bianchini, 1997), en otras palabras, es una situación constante que influye en la atención que el profesional de salud puede entregar a un paciente. Tanto es así, que dentro de las características más importantes que definen a este síndrome se pueden mencionar: agotamiento emocional, despersonalización y reducción personal del talento (Bianchini, 1997).

La despersonalización es uno de los ámbitos que, sin duda, refleja con mayor claridad las consecuencias de una salud mental empobrecida, donde el profesional de salud deja de ver al paciente como una persona con una afección clínica que recurre a un centro en busca de alivio a sus signos y síntomas, influyendo en malos tratos y mecanización de los procesos a realizar.

Es tanto el impacto que una situación de estrés puede generar en los funcionarios de la salud, que incluso repercute en su autoestima y confianza en sus competencias, desencadenando en inseguridad en la realización de los procesos.

Materiales y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica desde 2020 a 2023, tanto a nivel nacional como internacional, para recoger experiencias y evidencia que permita dilucidar la problemática anteriormente planteada.

En base a lo anterior, se implementó la exploración en español de artículos publicados a través de la web, privilegiando sitios relacionados con la Calidad Asistencial o de universidades chilenas o del extranjero. Además, la búsqueda se centró en tres grandes tópicos: por una parte, resultados de estrés, daños psicológicos posteriores a la pandemia COVID-19 y síndrome de *burnout* en segundo lugar, cuantificación de eventos adversos o centinelas posteriores a la pandemia COVID-19, y finalmente, concepto de segundas víctima, tanto nacional, como internacionalmente.

Esta navegación web se realizó utilizando como criterios de búsqueda las palabras claves: segundas víctimas, eventos adversos, seguridad del paciente, calidad asistencial, impacto psicológico y pandemia.

Una vez establecidos estos criterios, se seleccionaron las publicaciones que cumplían los atributos anteriormente mencionados, las cuales fueron utilizadas para respaldar y complementar la información descrita en el cuerpo del documento, tanto en los resultados mostrados, como en la discusión que da cierre.

Resultados y discusión

Según un estudio realizado en Chile en el año 2015, un 48.5% de las enfermeras encuestadas presentan agentes estresores (Zambrano *et al.*, 2015), siendo los más frecuentes el observar el sufrimiento de otro, realizar procedimientos que suponen experiencias dolorosas para los pacientes, insuficiente personal para cubrir el trabajo de la Unidad y falta de oportunidad de compartir experiencias y sentimientos con otras personas. Otro estudio realizado en Colombia en el año 2020 (Serna *et al.*, 2020) reafirma lo anteriormente indicado, y además incluye en la evaluación al personal médico, el cual presenta este síndrome entre un 30 y un 40%.

Durante la pandemia, ese cuadro se expresó mucho más, debido a la excesiva carga laboral, el gran desgaste emocional de ver morir gente a diario, la incertidumbre del comportamiento del virus e incluso debido al manejo, en ocasiones inadecuado, realizado por las jefaturas. En junio de 2020, cuando poco se sabía del manejo del cuadro, ya se exponían demoledoras conclusiones como que: “el personal sanitario puede experimentar ansiedad intensa, incertidumbre, pérdidas de rutinas y tradiciones, estrés, fatiga por compasión, así como daño moral, quedando propensos a desencadenar alteraciones mentales como depresión, trastorno de estrés postraumático e incluso ideación suicida. Es prioritario detectar comportamientos indicativos de alteraciones en la

salud mental para mitigar sus efectos, implementando estrategias con alto grado de calidad y apoyo que propicien crecimiento postraumático. Superada la pandemia, es recomendable monitorear a corto, mediano y largo plazo al personal de salud, para identificar y tratar adecuadamente el daño moral o alteración mental resultantes, ayudándoles a recuperar su confianza y seguridad antes tan natural, en el trato de sus pacientes” (Traub *et al.*, 2020).

Ya en 2021, nueva evidencia demuestra incluso un aumento de la percepción de los estudiados con síndrome de *burnout* (Cabezón *et al.*, 2021), obteniéndose resultados de un 75,6% de incidencia en distintos grados dentro de la población estudiada.

Debido a todo lo mostrado con anterioridad es que es al menos válido cuestionar si los profesionales y funcionarios que se desempeñan en el ámbito de la salud, expuestos permanentemente a entornos de estrés, con alta demanda, y salud mental deteriorada están en condiciones de atender a la población.

Un estudio realizado en nuestro país en año 2020 señala que: “el impacto en la salud mental en el personal sanitario es especialmente marcado cuando se enfrentan procesos de toma de decisiones respecto del tipo de tratamiento y su receptor, en situaciones de escasez de recursos, ocasiones en que se ponen en juego los principios clínicos y éticos del ejercicio profesional. Frente a la problemática de salud mental que ya se está presentando en el personal sanitario en Chile, es necesario plantear respuestas institucionales respecto a la contingencia COVID-19” (Torres-Muñoz *et al.*, 2020).

Si a esto le agregamos, que existe evidencia de un mayor inicio de consumo de psicofármacos post pandemia y que el mayor porcentaje de profesionales en esta situación,

son enfermeros/as, con un 57.9% (Pérez *et al.*, 2021), quienes se encuentran a cargo del cuidado de los pacientes, es al menos imperativo plantearse como los efectos nocivos de la pandemia y la evidente sobre-carga laboral, que no ha bajado con el fin de la emergencia, puede desencadenar en un aumento de los eventos relacionados con la seguridad de los pacientes.

Un evento adverso es una situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad. Como evento centinela se entiende a un suceso inesperado que puede producir la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra (Almendares, 2012).

Según la OMS, alrededor de 1 de cada 10 pacientes resulta dañado cuando recibe atención de salud, y cada año, más de 3 millones de personas fallecen como consecuencia de ello. Más de la mitad de estos daños son prevenibles, siendo la gran mayoría provocados por error en la medicación (OMS, 2023).

La normativa ministerial de nuestro país que rige la seguridad del paciente y la calidad de la atención indica que: “la seguridad del paciente es un componente fundamental de la atención de salud, constituye una actividad compleja, ya que en ella se conjugan aspectos propios del sistema sanitario y acciones humanas” (Pérez *et al.*, 2021).

Para poder monitorear en los centros de salud este proceso, actualmente existe el Sistema Nacional de Acreditación, el cual regula entre otras cosas, la gestión clínica relacionada con la prevención del error de medicación, y la vigilancia y reporte de incidentes, eventos adversos y centinelas de-

rivados de la atención clínica en salud, pero ¿es esto realmente suficiente? ¿cómo podemos abordar la seguridad de los pacientes, sin considerar al personal de salud, el cual arrastra un desgaste emocional hace años, y se acrecentó durante la pandemia?.

Existen reportes de análisis de incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes, antes y después de pandemia, cuyos resultados son bastante claros: Si bien la notificación de incidentes bajó, durante y post pandemia, el universo de reportes asociados post pandemia muestra que la gravedad de estos aumentó (GENCAT, s.f), es decir, se notificó en menor cantidad, pero los eventos asociados revisten mayor gravedad clínica y requieren mayor cuidado. Dentro de los factores causales más frecuentes, la mayor cantidad tienen relación con los propios funcionarios que forman parte del equipo de salud. Para complementar, un estudio realizado en Colombia en el año 2017, nos muestran que, “todos los que trabajan de manera directa e indirecta en el proceso de atención de los pacientes tienen riesgo de cometer errores que pueden a su vez producir eventos adversos. No obstante, en el caso específico del equipo de enfermería, el cual debe realizar un mayor número de intervenciones directas en ambientes, interacciones y tecnologías complejas, a un paciente que ya de por si es vulnerable por su condición, el riesgo de fallas en la atención se incrementa ostensiblemente” (Martínez *et al.*, 2017).

Es en esta encrucijada que en la actualidad en los círculos dedicados a la Calidad y Seguridad de los Pacientes se habla del término Segundas Víctimas de los Eventos relacionados con la atención.

Las segundas víctimas son aquellos trabajadores de salud que están involucrados en un evento adverso y presentan afección física, emocional, psicológica y/o laboral (Mira *et*

al., 2016). Cuando se produce un incidente para la seguridad de los pacientes, los profesionales sienten miedo, dudas de su capacidad técnica para atender a los pacientes, ansiedad e inseguridad a consecuencia de estos hechos, teniendo un impacto negativo, que incapacita y aumenta la probabilidad de error en las horas y días siguientes (Minsal, 2024). Las primeras medidas post evento son siempre centradas en el paciente, a quién se define como primera víctima, sin embargo, el abordaje hacia las segundas víctimas solamente ocurre cuando existe una cultura de Calidad y Seguridad asistencial implementada (Minsal, 2024). Si a esto, se le suma el evidente *burnout* antes mencionado, resulta altamente probable que el estado de salud mental actual de los equipos de salud impacte en la calidad y seguridad asistencial antes y después de la atención clínica.

El manejo frente a estas situaciones no siempre es el mejor, las segundas víctimas comienzan a dudar de sus competencias, lo cual es un factor adicional a su salud mental deteriorada. Un estudio realizado el año 2021 en Chile. (Colegio Médico de Chile, 2021). indica que: “del total de Segundas Víctimas estudiadas, el 80,9% manifiesta tener estrés psicológico posterior al evento adverso”. Tanto es el impacto en el funcionario respecto de sus propias competencias que la sensación de inseguridad acerca de las propias habilidades profesionales representa un 55,8% de la población estudiada. En casos como este, el apoyo psicológico que reciben las víctimas se encuentra muy por debajo de lo que uno esperaría, ya que sólo un 32,7% de los funcionarios encuestados consideran que la institución entiende que los errores ocurren y que las personas pueden necesitar ayuda, mientras que, sólo un 67,4% considera que su jefatura entiende la complejidad del paciente atendido, es decir, es capaz de empatizar con la situación. Finalmente, la cifra que más revela

la carencia de acompañamiento del sistema en estos casos corresponde al 93% de los encuestados que desean tener apoyo psicológico o conserjería fuera de la institución posterior al evento adverso.

Producto de los preocupantes datos, el Ministerio de Salud, que establece los lineamientos para la vigilancia de los eventos relacionados con la Calidad y Seguridad de los Pacientes, mediante lo descrito en la Norma 0002, ha realizado actualizaciones constantes, siendo la más reciente la instruida en abril de 2024, la cual define la notificación al Ministerio dentro de las 3 primeras horas posteriores a la ocurrencia del evento, a fin de poder mitigar de forma rápida la situación y realizar acciones de mejora que vayan en directo beneficio del paciente afectado. Aún con todos estos antecedentes, el Programa de Calidad y Seguridad, descrito en el año 2011, no considera las condiciones actuales del sistema de salud, menos aún la situación de sobrecarga y agotamiento posterior a la pandemia, generando que las medidas que puedan realizar las Unidades de Calidad y Seguridad del Paciente locales no lleguen a tiempo para abordar las problemáticas propias del entorno laboral que fomentan los focos de inseguridad en las prácticas clínicas.

Más aún, esta situación se refleja con mayor evidencia en los servicios públicos, en donde la falta de personal, la escasez de recursos, la sobredemanda en períodos *peak* como invierno, y los problemas estructurales arrastrados hace décadas hacen caldo de cultivo para las situaciones de riesgo para los pacientes. Es en este ámbito, donde mayormente el Estado como empleador se encuentra al debe, haciéndose urgente una intervención que fomente el cuidado en los equipos de salud, puesto que, una mala atención, producto de una salud mental deteriorada, influye directamente en la percepción de calidad de los usuarios del sistema.

Pero no sólo existe inequidad entre sistemas de salud, un estudio global de salud llamado “La desigualdad en primera línea”, revela incluso una brecha de género, en donde, “de manera consistente en todos los países estudiados, las mujeres informaron problemas de salud mental elevados en comparación a los hombres” (Escuela de Salud Pública, s. f).

Pese a toda la evidencia existente del alza en las enfermedades de salud mental, a nivel nacional y a programas como el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, el “Adelanto de cifras de Informe de Seguridad y Salud en el Trabajo” elaborado por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESOSO), indican que el 67% de diagnósticos de enfermedades profesionales en Chile corresponden a salud mental. Según el informe, es posible observar que, en el caso de las mujeres, las enfermedades de salud mental alcanzan el 77% de todos los diagnósticos que las afectan, superando los niveles de pre pandemia (SUSESOSO, 2023).

Conclusión

En base a todo lo anteriormente descrito, es evidente que la salud mental de los trabajadores de la salud, ya mermada por ambientes de *burnout*, ha sufrido un deterioro mayor posterior a la pandemia de COVID-19. Más aún, es evidenciable que una salud mental inestable en los profesionales y funcionarios que realizan atención directa a los pacientes sí influye en la Calidad y Seguridad de la atención, desencadenando en eventos adversos de mayor gravedad, los cuales requieren mayor cuidado e intervenciones mayores como planes de mejora. Pero sin duda, lo más evidente y a la vez preocupante, es la poca ayuda que reciben los funcionarios de salud con su salud mental. El entorno laboral en el cual se desenvuelven fomenta el síndrome de *burnout*, y no contribuye a un ambiente ameno

para los funcionarios, generando un círculo vicioso de estrés, sobrecarga y malos tratos, donde los receptores finales son los pacientes. Es por esta razón que se hace imperativo implementar políticas de estado que aborden las problemáticas de salud mental en los centros hospitalarios, públicos y privados, que permitan detectar las causas del *burnout*, para hacer del área de la salud un mejor entorno laboral, debiendo considerar el cuidado como una diada paciente-funcionario, a fin de que el proceso de la atención sea un momento agradable para ambas personas y mejore la percepción de calidad en los usuarios.

Dentro de las tareas pendientes, se encuentra implementar una cultura de Calidad y Seguridad del Paciente desde el nivel central, que trabaje en la prevención, más que en la corrección, lo cual permitiría abordar las posibles causas de la generación de riesgos y realizar acompañamiento a las segundas víctimas, a fin de acompañarlos en sus secuelas y reafirmar sus competencias profesionales. Teniendo en cuenta la antigüedad del Programa de Calidad y Seguridad Nacional, se hace sumamente necesario realizar actualizaciones que fomenten la gestión de riesgos desde una manera integral, que considere al personal de salud dentro de las acciones de mejora, abordando los problemas estructurales que no permiten un correcto desarrollo de los procesos.

Es esta forma de abordar la calidad de la atención, lo que permitiría enfrentar una nueva catástrofe, con un menor impacto en la salud mental de los funcionarios, traduciéndose en una mejor atención y gestión del cuidado.

Referencias

Almendares S. Normas de Seguridad del Paciente y Calidad de Atención LEY N°20.584.

(2012). Dpto. Calidad y Seguridad del Paciente. Ministerio de Salud.

Bianchini M. (1997). El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. Medicina Legal de Costa Rica [Internet]. Nov 1;13-14(2-1-2):189-92. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017.

Cabezón, M., Agurto, M., Estefó, M., Oliveros, X., Ojeda, D., Cisternas, P., & Ramírez, M. (2021). Burnout en funcionarios de salud en tiempos de pandemia. Revista Médica de Chile, 149(11), 1589-1593. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021001101589>.

Colegio Médico de Chile. (2021). El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en los Servicios de Salud, Informe preliminar N° 4 Chile. <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2021/04/4to-informe.pdf>.

Danet, A. D. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. Medicina Clínica, 156(9), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>.

Escuela de Salud Pública. (s. f.). Estudio U. de Chile revela la carga desproporcionada que recayó sobre trabajadoras sanitarias durante la Pandemia. <https://saludpublica.uchile.cl/noticias/214844/estudio-revela-la-carga-desproporcionada-que-recayo-sobre-trabajadoras>.

GENCAT (s.f.) ¿Qué son los incidentes de seguridad de los pacientes?. Seguridad de los Pacientes. <https://seguretatdelspacients.gencat.cat/es/detalls/noticia/Que-son-els-incidents-de-seguretat-dels-pacients>.

Martínez , C. R., Agudelo, J. , Areiza , S. M, & Giraldo , D. M. (2017). Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. Civilizar Ciencias Sociales y Humanas, 17(33), 277-291. <https://doi.org/10.22518/usergioa/jour/ccsh/2017.2/a17>.

Mira JJ, Lorenzo S. (2016). Las segundas víctimas de los incidentes para la seguridad de los pacientes. Revista de Calidad Asistencial. Jul; 31:1–2.

MIN SAL. (2024). Norma Técnica 0002 sobre seguridad del paciente y calidad de la atención respecto de reporte de eventos adversos y eventos centinela.

Pérez , C., Morer , B. , Torrente , V. , Sánchez , M. , Carceller,A. , Lacal , L. , Refoyo , B. , & Cuevas , R., (2021). Impacto emocional de la pandemia covid-19 en los trabajadores sanitarios y no sanitarios de un hospital general. Ene, 15(3), 1192. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000300008&lng=es&tlang=es.

Serna , D. S, & Martínez , L. M. (2020). Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. Correo Científico Médico, 24(1), 372-387. https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812020000100372&lng=es&tlang=es.

SUSESOSO (2023). Adelanto de cifras de Informe de Seguridad y Salud en el Trabajo. 67% de diagnósticos de enfermedades profesionales en Chile corresponden a salud mental. <https://www.suseso.cl/605/w3-article-705997.html>.

Torres-Muñoz, V., Farias-Cortés, J. D., Reyes-Vallejo, L. A., & Guillén-Díaz-Barriga, C. (2020). Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. Revista Mexicana de Urología, 80(3), 1-9. <https://doi.org/10.48193/rmu.v80i3.653>.

Traub, C., & Sapag, J. C. (2020). Personal Sanitario y Pandemia COVID-19 en Chile: Desafíos en Salud Mental. Revista Médica de Chile, 148(9), 1371-1372. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000901371>.

United Nations. (2022). Las muertes por COVID-19 sumarían 15 millones entre 2020 y 2021 | Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/desarrollomas-muertes-por-covid-19-sumar%C3%A1n-15-millones-entre-2020-y-2021>.

World Health Organization: WHO. (2023, 11 septiembre). Seguridad del paciente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.

Zambrano, C. L. M., Díaz, H. R., Gómez, G. T., & Julio, K. V. (2015). Impacto en la salud mental de la(del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Ciencia y Enfermería/Ciencia y Enfermería*, 21(1), 45-53. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532015000100005>.