



## ■ artículo

SCV Societat Catalana  
de Victimologia

SOCIEDAD VASCA DE VICTIMOLOGÍA  
SOCIAL ESTEREOLOGIA SOCIETATIS

HUYGENS  
EDITORIAL

REVISTA DE VICTIMOLOGÍA | JOURNAL OF VICTIMOLOGY  
Online ISSN 2385-779X  
www.revistadevictimologia.com | www.journalofvictimology.com  
DOI 10.12827/RVJV.13.04 | N. 13/2022 | P. 91-112  
Fecha de recepción: 01/11/2021 | Fecha de aceptación: 28/11/2021

# Una propuesta de análisis de los profesionales de la salud como segundas víctimas de la pandemia

An analysis proposal of health professionals as second victims of the pandemic

Daniela Bustos Valens

Graduada en Enfermería por la Facultad de Medicina y Enfermería, sección Guipúzcoa (UPV/EHU). Enfermera en Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.  
Contacto: dabuva.98@gmail.com

## Resumen

La pandemia por COVID-19 constituye un hecho traumático que ha ocasionado numerosas víctimas. En el caso de los profesionales de la salud ha provocado un impacto en su bienestar físico y psicológico, que se ha visto agravado por la imposibilidad de prestar una adecuada atención sanitaria. Las condiciones organizacionales (escasez de recursos humanos y materiales, falta de comunicación, reorganización del espacio de trabajo, carga laboral, etc.) han conformado un factor clave en el proceso de victimización de este colectivo de riesgo. La mediación sanitaria representa una oportunidad para dar respuesta a los conflictos derivados de la pandemia como hecho traumático y reparar a las víctimas mediante el diálogo y la colaboración, adoptando una dimensión organizacional.

## Palabras clave

Profesionales sanitarios, impacto psicológico, victimización secundaria, mediación sanitaria.

## Abstract

The COVID-19 pandemic is a traumatic event that has caused a diversity of victims. In the case of healthcare professionals, it has had an impact on their physical and psychological well-being which has been increased by defective healthcare. Organizational conditions (shortage of human and material resources, lack of communication, reorganization of work space, workload, etc.) have been key factors in the victimization process of this risk group. Healthcare mediation represents an opportunity to respond to the conflicts arising from the pandemic as a traumatic event and to repair the victims through dialogue and collaboration, adopting an organizational dimension.



## Keywords

Health professionals, psychological impact, secondary victimization, health mediation.

## 1. Introducción<sup>1</sup>

Una defectuosa asistencia sanitaria, más allá del hecho concreto generador del daño, conlleva una ruptura de relaciones sociales y numerosas víctimas: los pacientes y usuarios, los profesionales sanitarios y la organización sanitaria. Desde una mirada de resolución de conflictos, puede darse mayor protagonismo a las partes para resarcir a la víctima de una asistencia sanitaria defectuosa. Este enfoque tiene mayor relevancia en la actual situación de pandemia provocada por la COVID-19, hecho traumático del que estamos siendo testigos de su impacto en la atención sanitaria y al que puede responderse con nuevas respuestas desde la práctica de la justicia restaurativa, cuando no terapéutica (Trespaderne, 2014).

El SARS-CoV-2 es el agente causante de la pandemia global que a día de hoy constituye una de las crisis más importantes de nuestra historia desde el punto de vista sanitario, social y económico (Ministerio Sanidad, 2020). Una pandemia mundial de estas características, y que ha obligado a tomar decisiones de gran calado, tiene importantes consecuencias en los ámbitos económico, social y de salud pública, tanto a nivel comunitario como individual. Ante estos constantes cambios y una sensación global de incertidumbre, la salud mental de la población se ve comprometida, destacando el colectivo de profesionales de la salud y todos aquellos posicionados en primera línea de defensa contra el virus. De hecho, al igual que en anteriores epidemias, el agotamiento físico y mental, el miedo, los trastornos de las emociones, las alteraciones del sueño y los altos niveles de ansiedad, depresión e incluso estrés postraumático son secuelas con las que estos profesionales deben convivir (García-Iglesias et al., 2020).

En este escenario, surge la siguiente pregunta respecto a la atención sanitaria: ¿es posible reconocer la condición de víctima en los profesionales de la salud que atienden a la población? Para responder a esta cuestión, se analizarán

---

1 El siguiente trabajo se enmarca en un proyecto de colaboración dentro de la beca Ikasiker del Gobierno Vasco. En este caso, la colaboración se lleva a cabo dentro del marco de investigación del grupo GICCAS (Grupo de investigación en Ciencias Criminológicas), dirigido por el Prof. De la Cuesta Arzamendi, Catedrático de Derecho Penal y director del Instituto Vasco de Criminología/Kriminologiaren Euskal Institutua (IVAC/KREI). La línea de investigación del grupo pretende articular protocolos de actuación y evaluación, resultado de la investigación interna y comparada, para un efectivo cumplimiento de la Ley del Estatuto de la Víctima, único texto legal en España con una referencia expresa a la justicia restaurativa, de forma que se pueda analizar el impacto de esta norma en la cultura profesional y en el sistema penal, diferenciando distintos operadores jurídicos.



aquellos conceptos de “víctima” cuya definición no dependa exclusivamente de la existencia de un delito. En este trabajo se manejará un concepto amplio de víctima, en línea con corrientes victimológicas que ponen el acento en un suceso o hecho traumático. Se pondrá de relieve cómo la pandemia por COVID-19 ha provocado numerosas víctimas. Los sanitarios, por su condición de profesionales *front service* o en primera línea, pueden ser categorizados como segundas víctimas o víctimas indirectas, aunque, en ocasiones, también han sido víctimas directas. En definitiva, este trabajo pretende ampliar el uso del concepto de segunda víctima en el ámbito sanitario, analizar las condiciones organizacionales que han podido influir en la victimización de los profesionales de la salud durante la pandemia y valorar el uso de la mediación en la salud para la resolución de conflictos.

## 2. La atención sanitaria en el contexto de la pandemia COVID-19

La Ley 14/1986, 25 de abril, General de Sanidad (LGS), dispuso la universalización de la atención sanitaria. Esta Ley tiene como objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución española (CE) (art. 1 LGS). Entre los principios generales se señala que los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades (art.3.1 LGS). Posteriormente se determina que los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos, y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad (art.7 LGS).

En relación a las características de la atención sanitaria, algunos autores subrayan la existencia de actividades arriesgadas por la complejidad de la realidad asistencial de las mismas, dando lugar a una asistencia sanitaria caracterizada como actividad de riesgo, ocasionada por diversos factores, como los siguientes (Trespaderne, 2012):

- El número de profesionales que realizan actividades asistenciales en relación con un paciente (trabajo interdisciplinar).
- La toma de decisiones en situaciones de incertidumbre y tensión.
- La tecnificación de la asistencia.
- El número de relaciones para una adecuada comunicación (derecho a la información, consentimientos informados, etc.).



- Los bienes afectados en la relación asistencial.
- Mayor probabilidad del llamado síndrome del quemado o *burn out*<sup>2</sup>, en los profesionales con una alta presión asistencial.

Esta caracterización como actividad de riesgo se ha visto agudizada durante la actual pandemia por SARS-COV-2. Minué (2020) en su análisis de la respuesta sanitaria del sistema sanitario español frente a la pandemia, explica que ésta se centró en la atención hospitalaria, teniendo que aumentar los recursos hospitalarios, humanos y materiales. Asimismo, otras autoras afirman que el impacto que ha tenido la emergencia global por la COVID-19 en el sistema sanitario ha rebasado a la atención asistencial de manera generalizada. Añaden que la limitación de personal, recursos materiales, así como la falta de medios y espacios de atención sanitarios han condicionado el ejercicio de derechos individuales en favor del bienestar colectivo (Consuengra-Fernández y Fernandez-Trujillo, 2020).

Bellver (2020) pone de manifiesto diferentes problemas bioéticos en la prestación de cuidados enfermeros durante la pandemia del COVID-19. Aquí destaca el conflicto entre el cuidado del paciente y el autocuidado de la enfermera. El código deontológico de la enfermería del Consejo Internacional de Enfermería (CDCIE) dispone que “la responsabilidad profesional primordial de la enfermera será con las personas que necesiten cuidados de enfermería”. Pero, simultáneamente, ese mismo Código establece que “la enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados”. En la actual situación de pandemia, los principios de cuidado integral del paciente y de cuidado personal entran en conflicto. Así mismo, se evidencia

---

2 Véase Mira et al. (2021). Pueden diferenciarse diferentes términos. Por ejemplo, fatiga por compasión (estado de agotamiento, acompañado de un sentimiento profundo de compasión y empatía por el sufrimiento de un paciente junto al compromiso personal por hacer lo posible por resolverlo. Se manifiesta como sensación de cansancio que provoca una disminución generalizada de la habilidad percibida y la energía para ayudar a otros. Se considera una alteración biopsicosocial fruto de la exposición prolongada al estrés por compasión, cuya persistencia en el tiempo puede dar lugar al desarrollo de trastorno de estrés posttraumático) o síndrome de quemado o *burn out* (proceso insidioso, considerado como trastorno adaptativo, caracterizado por cansancio emocional, abatimiento, malestar físico y mental, frustración, desinterés por la actividad profesional que puede incluir despersonalización, síntomas de ansiedad y depresión en una fase avanzada). Por su parte, un estudio (Li et al. 2020) ha reconocido que el contacto estrecho con pacientes con COVID-19 y la exposición directa al sufrimiento físico y psicológico de los pacientes, hacen que sean especialmente las enfermeras de primera línea quienes más riesgo tienen de sufrir traumatización vicaria. La primera vez que se usó el término de trauma vicario fue en 1996 por Saakvitne y Pearlman para referirse al fenómeno donde los psicoterapeutas se veían afectados involuntariamente por la interacción bidireccional en las consultas y entrevistas con pacientes con enfermedades mentales (se aludió a la transformación en la experiencia interna de la persona, resultado de un compromiso empático con pacientes que han experimentado un trauma).



la dificultad de procurar a cada paciente unos cuidados de calidad junto con la priorización de recursos escasos para maximizar su utilidad, ya que el CDCIE señala que “la distribución de recursos se hará con equidad y prestando especial atención a los colectivos vulnerables”. Resulta evidente que una pandemia como la actual alcanza a todo el sistema y repercute en la asistencia y cuidados de pacientes con otras patologías u otras necesidades de salud. En este sentido, la Comisión de Bioética de España (CBE) se hizo eco de este problema con la publicación de un informe, el 25 de marzo de 2020, sobre aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus (De Montalvo et al., 2020).

Asimismo, en la evolución de esta pandemia<sup>3</sup>, numerosos medios de comunicación han reflejado diferentes problemas como la situación de los centros sociosanitarios (Goiri, 2020), las condiciones laborales de los trabajadores sanitarios (RTVE, 2020), así como la falta de equipos de protección individual (OMS, 2020). Según datos del Ministerio de Sanidad, los casos por la enfermedad COVID-19 confirmados en profesionales de la salud supusieron el 14% del total de personas infectadas (Ministerio Sanidad, 2020).

### 3. Las víctimas de la pandemia como suceso traumático en la atención sanitaria

Según Varona (2018) un suceso traumático se define como un hecho inesperado o incontrolable que lesiona o pone gravemente en peligro el bienestar de una persona, provocando secuelas psicológicas que pueden incluir síntomas de ansiedad, agitación y/o re-experimentación del suceso. La OMS destaca que los sucesos traumáticos son frecuentes en la vida, entre otros supuestos, a través de las guerras, accidentes (laborales, de tráfico, médicos, en el hogar, etc.), catástrofes naturales<sup>4</sup>, suicidios o incluso enfermedades graves (Van Ommeren, 2013). Por su parte, la Organización Panamericana de Salud (OPS) (2009) se refiere a las epidemias a gran escala como catástrofes. En la página web de la Sociedad Vasca de Victimología (n.d.) se indica que “desde una acepción amplia de la victimología, quien haya sufrido un suceso traumático puede considerarse víctima”. Buitrago et al. (2020) afirman que la COVID-19 es una emergencia de salud pública de gran impacto internacional y que la aparición súbita de

---

3 A fecha de 28 de octubre de 2021, se ha dado por concluida las 5ª ola de la pandemia y se ha derogado el estado de alarma lo que ha permitido una vuelta escalonada a la situación prepandémica, si bien con la amenaza de nuevas cepas que causen nuevas olas.

4 Un claro ejemplo de una gran catástrofe natural reciente en España es la erupción del volcán Cumbre Vieja en La Palma que comenzó el 19 de septiembre de 2021 y que ha destruido más de 900 hectáreas de terreno y más de 2.000 edificios a fecha de 28 de octubre de 2021.



un fenómeno “inesperado”, de características poco conocidas y de evolución “imprevisible” y sin precedentes, supone un impacto emocional y cognitivo con capacidad de llevar a una reacción inicial generalizada de negación, típica en los primeros momentos de todo duelo o pérdida: “impacto y shock, con fuertes tendencias a la negación”.

En todo caso, la definición legal de víctima suele circunscribirse al padecimiento de un delito, si bien la legislación específica española recoge también algunas consideraciones de interés para el tema objeto de este artículo. Según se indica en su Exposición de Motivos, la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito (LEV) vino a ofrecer desde los poderes públicos una respuesta “lo más amplia posible, no solo jurídica sino también social, a las víctimas, no solo reparadora del daño en el marco de un proceso penal, sino también minimizadora de otros efectos traumáticos en lo moral que su condición puede generar, todo ello con independencia de su situación procesal”. El Estatuto señala que la LEV pretende, partiendo del reconocimiento de la dignidad de las víctimas, “la defensa de sus bienes materiales, morales y con ello, los del conjunto de la sociedad”.

En la LEV se diferencian dos tipos de víctima de un delito: directa e indirecta. Se reconoce como víctima directa a “toda persona física que haya sufrido daño o perjuicio sobre su persona o patrimonio, especialmente lesiones físicas o psíquicas, daños emocionales o perjuicios económicos directamente causados por un delito”. En el caso de muerte o desaparición de la víctima directa, se refiere a víctima indirecta, siendo estas en términos generales, su cónyuge y los hijos de la víctima, sus progenitores y parientes hasta el tercer grado que se encontraran bajo su guarda y personas sujetas a su tutela que se encontraran bajo su acogimiento familiar.

Por otro lado, Varona et al. (2015) señalan que, dentro de la Criminología y la Victimología, se han realizado diferentes clasificaciones “para poder simplificar la realidad diversa y dinámica de los procesos de victimización y desvictimización”. Así, destacan a Mendelsohn y Dussich, teóricos de la victimología, quienes defienden que víctima es toda persona que sufre un malestar emocional por un suceso traumático o por las consecuencias de una agresión injusta, intencionada o no, sea de carácter físico, material o emocional. Se menciona, además, el criterio de la vulnerabilidad para la clasificación de víctimas. En la victimología actual, y en el mismo Estatuto de la Víctima, el concepto de vulnerabilidad se identifica con la pertenencia a un colectivo de riesgo de sufrir victimización, revictimización o victimización secundaria. Varona et al. (2015) citan el Observatorio de la Vulnerabilidad Urbana del Ministerio de Fomento del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas que entiende como vulnerabilidad el “estado de alta exposición a ciertos riesgos



e incertidumbres, en combinación con una habilidad reducida para protegerse uno mismo contra aquellos riesgos e incertidumbres y hacer frente a sus consecuencias negativas”.

Aunque en España se utiliza, de forma más extendida, el término de víctima indirecta, en el ámbito de la atención sanitaria, el concepto de “segunda víctima”<sup>5</sup> fue empleado por primera vez en el año 2000 por Albert Wu en relación a las víctimas derivadas de los eventos adversos<sup>6</sup> (Rinaldi et al., 2016; Clarkson et al. 2019). En 2007, se definió el término de segunda víctima en relación al malestar emocional que llegan a experimentar los profesionales sanitarios al cuestionarse su participación en un incidente de seguridad que ha provocado un daño al paciente o bien cuando observa que el paciente a su cargo no evoluciona adecuadamente y se cuestiona sus decisiones y actuaciones (Rinaldi et al., 2016). Asimismo, Scott et al. (2010), definen a las segundas víctimas como todo proveedor de servicios sanitarios que participa de alguna forma en un evento adverso, quedando emocional y profesionalmente traumatizado. De alguna forma, la práctica de estos profesionales se vuelve insegura, altera su situación afectiva y afecta a la calidad de la atención sanitaria. En otro ámbito de trabajo, Torijano-Casalengua, Astier-Peña, y Mira-Solves (2016) destacan el uso de estrategias<sup>7</sup> para afrontar el trastorno por estrés postraumático utilizados en la armada estadounidense para la gestión del estrés en el lugar de trabajo, como herramienta para afrontar la situación clínica de las segundas víctimas.

A raíz de la pandemia, en el fórum internacional de la Red Europea de Trabajo de Segundas Víctimas (ERNST, por sus siglas en inglés) (2020) para el “estudio del fenómeno de las segundas víctimas”, se utiliza también el término “segundas víctimas” en el contexto de la pandemia por SARS-COV-2 para referirse a “todo profesional sanitario, o de apoyo, implicado en la atención a personas afectadas por COVID-19, que presenta respuestas de estrés agudo al verse sometido de manera continua a una situación extrema provocada por la combinación de una serie de factores críticos, entre los que se encuentran

- 
- 5 El término "segunda víctima" fue introducido por Albert Wu en un editorial de BMJ publicado en marzo de 2000. Su propósito era llamar la atención sobre la necesidad de brindar apoyo emocional a los médicos involucrados en un error médico. Se han elaborado materiales educativos para médicos y enfermeras sobre el tema de las segundas víctimas, y el término aparece en los materiales de la Comisión Conjunta y la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica en los EE.UU. Además, se han desarrollado grupos de apoyo para segundas víctimas en numerosas instituciones.
  - 6 Se entiende como evento adverso (EA) “todo accidente imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia (...) que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad base del paciente” (Aranaz et al., 2006).
  - 7 Algunos ejemplos son el *Critical Incident Stress Management* (CIMA) o el *Brevedad, Inmediatez, Centralidad, Esperanza, Proximidad y Sencillez* (BICEPS).



la alarma social, la sobresaturación de los servicios, la escasez de recursos y la evolución tórpida de los pacientes a su cargo” (ERNST, 2020), ampliando así el término de segunda víctima más allá de un incidente de seguridad en el ámbito sanitario. También afirman que el malestar emocional de los profesionales, con independencia de su origen, supone un riesgo que afecta directamente a la seguridad de los pacientes y a la calidad de la atención sanitaria que estos reciben.

En este sentido, Buitrago et al. (2020) señalan que la actual pandemia, a nivel psicológico, conlleva una gran irrupción de emociones que pueden evolucionar a trastorno mental en grupos de riesgo. En relación a ello, en una revisión sistemática sobre el impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental, Danet (2021) reflejó niveles y variables de estrés, ansiedad, depresión, alteración del sueño y *burn out* en la población de profesionales sanitarios de diferentes países de Europa y EE.UU., con presencia de síntomas más frecuentes e intensos entre el personal de primera línea, así como entre las mujeres y profesionales de enfermería. Asimismo, la Sociedad Española de Psiquiatría clasificó en cuatro grupo las reacciones posibles en situaciones de estrés intenso, como la pandemia de COVID-19: emocionales, conductuales, cognitivas y físicas (Tabla 1).



Tabla 1

*Reacciones posibles en situaciones de estrés intenso como la pandemia de COVID-19.*

EMOCIONALES	Ansiedad Impotencia Frustración Miedo Culpa Irritabilidad, ira Tristeza Anestesia emocional
CONDUCTUALES	Hiperactividad Aislamiento Evitación de situaciones, personas o conflictos Verborrea Llanto incontrolado Dificultad para el autocuidado y descanso Dificultad para desconectar del trabajo
COGNITIVAS	Confusión o pensamientos contradictorios Dificultades de concentración, para pensar de forma clara o para tomar decisiones Dificultades de memoria Pensamientos obsesivos y dudas Pesadillas Imágenes intrusivas Fatiga por compasión Negación Sensación de irrealidad
FÍSICAS	Dificultades respiratorias: presión en el pecho, hiperventilación Sudoración excesiva Temblores Cefaleas Mareos Molestias gastrointestinales Contracturas musculares Taquicardias Parestesias Agotamiento físico Insomnio Alteraciones del apetito

Fuente: Sociedad Española de Psiquiatría (2020). Cuidando la salud mental del personal sanitario [monografía en internet]. Madrid: SEP; [fecha de acceso: 18 Mar 2021]. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20COVID19- Salud%20Mental%20personal%20sanitario.pdf>



#### 4. Las condiciones organizacionales y su contribución en la victimización

Los principios que guían la atención de salud recogidos en la LGS (1986) afirman que: “Los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad” (art. 7 LGS). Asimismo, se establece que la prestación de una atención de calidad ha de ser debidamente evaluada y controlada (art. 46.e LGS). En este sentido, Simón (2005) apunta que, ante las diversas formas de gestionar la asistencia sanitaria, se debe conjugar racionalidad económica y justicia.

Para garantizar el correcto funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) y garantizar el uso racional y eficiente de los recursos, se precisa del esfuerzo de pacientes y usuarios, profesionales, empresas suministradoras de productos sanitarios, gestores y autoridades sanitarias. De esta manera, las organizaciones sanitarias se basan en un sistema social complejo en el que se debe tener en cuenta, entre otras cuestiones, la distribución de roles, los mecanismos de toma de decisiones y las redes de comunicación, todo ello en interacción con el medio físico y social, imponiendo así exigencias y restricciones.

De esta manera, las organizaciones sanitarias precisan de la corresponsabilidad de los profesionales sanitarios, pues ellos son el principal activo para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud. En este sentido, en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) se regulan los derechos y deberes de estos para con la organización sanitaria. Del mismo modo, la LGS, la Ley de cohesión y calidad del SNS (LCCSNS) y la propia LOPS describen las características<sup>8</sup> que debe tener la actuación de una organización sanitaria. Es este conjunto de caracteres lo que se denomina como condiciones organizacionales.

8 Entre ellas pueden destacarse las siguientes: adecuar su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad (art.7 LGS); prestar una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados (art. 46 LGS); garantizar que la mejora de la calidad presida sus actuaciones (art. 59.1 LCCSNS); dotarse de una infraestructura de la calidad: normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y asistencial, registro de buenas prácticas, registro de acontecimientos adversos (art. 59.2 LCCSNS); proceder a la evaluación externa y periódica de la calidad y seguridad, mediante evaluación independiente (art. 62.1 LCCSNS); establecer protocolos y guías de práctica clínica e indicadores (art. 4.7b y d LOPS); contar con normas de funcionamiento interno y definición de objetivos y funciones (art. 4.7c LOPS); facilitar el derecho a conocer el nombre, la titulación y la especialidad de los profesionales que les atienden (a los pacientes) (art. 5.7e LOPS); preservar el derecho de los pacientes a recibir información de acuerdo a lo establecido en la LAP (art. 5.7f LOPS); y revisar cada tres años que los profesionales de su plantilla cumplen los requisitos necesarios para ejercer la profesión (art. 8 LOPS) (Trespaderne, 2012).



En línea similar, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) (Martín y Gari, 2020) clasifica los factores de riesgo psicosocial en los profesionales sanitarios en dos grupos:

- a) los relacionados con la organización, contenido y realización del trabajo (sobrecarga cuantitativa o cualitativa de la tarea, distribución del tiempo de trabajo y de los períodos de pausas y descansos, horario y turnos de trabajo, funciones y tareas, ritmo de trabajo, monotonía, autonomía, carga mental, formación, responsabilidad, desempeño de rol, comunicación en el trabajo, estilo de mando, participación en la toma de decisiones, condiciones laborales, y posibilidad de desarrollo de la carrera profesional); y
- b) aquellos relacionados con las interacciones humanas (relaciones interpersonales en el trabajo, con superiores, subordinados, compañeros, y/o con usuarios o clientes, y situaciones de acoso laboral).

Esta clasificación, coincide precisamente con los aspectos que recoge Novel (2012) como elementos de complejidad que caracterizan a las organizaciones de salud. Considerando todo ello, y en relación a la situación de la pandemia por COVID-19, en el trabajo realizado por el grupo de trabajo SER+ Contra COVID-19, se describen diferentes factores relacionados con las condiciones organizacionales que no favorecieron el bienestar de los trabajadores (Tabla 2).



Tabla 2

*Problemas relacionados con la organización y recursos humanos y materiales.*

Estado de incertidumbre respecto a la situación provocada por la crisis del COVID-19
Trabajar en ámbitos asistenciales para las que no se ha recibido el entrenamiento oportuno bien por nueva contratación de personal o bien por traslado hacia ámbitos asistenciales de mayor complejidad
Cambios en las instrucciones sobre aspectos organizativos y sobre procedimientos sumadas a inconsistencias en la cadena de mando motivadas por los rápidos cambios que suceden
Escasez de material, según centros y servicios, para prestar atención adecuada y contar con protección ante el riesgo biológico (mascarillas, gafas, pruebas, etc.).
Reducción del recurso humano, por las bajas de profesionales con exposiciones de riesgo, lo que obliga a prolongar jornadas, aumentar frecuencia de turnos y reducir los tiempos de descanso físico y mental
Situaciones de trabajo exprés por bajas de compañeros en aislamiento domiciliario o por enfermar
Disolución de equipos de trabajo consolidados debido a la incorporación de nuevos profesionales
Conflictos en el equipo anteriores a la crisis que pueden aflorar como consecuencia del reparto de tareas en situaciones extremas
No poder ofrecer los niveles de calidad y de seguridad habituales a los pacientes por la presión del momento, la falta de materiales y la incertidumbre clínica.

Fuente: Tabla de elaboración propia (con información recabada de Mira JJ, Cobos Á, Martínez O, Bueno MJ, Astier P, Pérez P, et al., (2020) Situaciones problema identificadas, necesidades generadas y recursos disponibles para una adecuada respuesta. Valencia: Ser+ Contra COVID-19; [fecha de acceso: 29/3/2021]. Disponible en: <http://lcsi.umh.es/segvic/SituacionesproblemaNecesidadesRecursos.pdf>

Adicionalmente, en la revisión sistemática realizada sobre el impacto psicológico de la COVID-19 en los profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental (Danet, 2021), se hace alusión a los siguientes aspectos que se citan literalmente:

- “Pese a una identidad social y profesional basada en la experiencia y la preparación para sobrellevar exigencias emocionales y cognitivas intensas, la falta de información, previsión y protocolos estables de actuación, pudo conllevar desmotivación y problemas de salud mental, como mayor nivel de estrés, ansiedad o depresión”.
- “Otros autores asociaron el mayor impacto psicológico a las condiciones laborales (uso de equipos de protección, reorganización del espacio de trabajo, gestión de la escasez de recursos materiales y carga laboral, turnos extra y horarios más prolongados), aspectos sociales y familiares (distanciamiento social, miedo al contagio de seres queridos) y factores



relacionados con los pacientes (alta tasa de mortalidad, contacto con el sufrimiento<sup>9</sup> y la muerte, conflictos éticos).

Trespaderne (2012) concluye que las organizaciones sanitarias precisan de la corresponsabilidad de los profesionales sanitarios, quienes no son sólo responsables de sus actos frente a sus pacientes, sino también ante la organización. Desde el INSSST se afirma que muchas de las condiciones de trabajo, que han dado lugar a las situaciones de riesgo anteriormente mencionadas, particularmente en el contexto pandémico, no se han podido prever ni controlar. Por ello, las instituciones pueden reducir sus efectos con acciones que permitan identificar las necesidades de las personas y adoptar medidas preventivas y de protección (Martín y Gari, 2020).

## 5. La mediación sanitaria como estrategia en la resolución de conflictos en relación a las segundas víctimas de un suceso traumático

En general, un conflicto se da ante una incompatibilidad percibida entre dos o más partes, y, por tanto, cualquier organización puede ser susceptible de presentar conflictos de diferentes tipologías (Sánchez, 2015). Las consecuencias de un conflicto a nivel sanitario abarcan aspectos económicos y afectan también el clima laboral, la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios y trabajadores. Folberg y Taylor señalan que los conflictos no resueltos entre trabajadores o entre trabajadores y la gerencia afectan la productividad y calidad del servicio (Sánchez, 2015). En este sentido, Gloria Novel (2012), directora del Observatorio de Mediación de Barcelona, añade como consecuencias negativas: las pérdidas de tiempo, el deterioro de las relaciones y la mala utilización de recursos, llegando a no satisfacer las necesidades de los usuarios e incluso tener que hacer frente a demandas por parte de ellos.

En concreto, en los profesionales, la gran cantidad de conflictos sin resolver o resueltos inefectivamente provocan falta de motivación, sensación de sobrecarga, disminución de la productividad y de la eficiencia, baja creatividad, alta reactividad, falta de ilusión en nuevos proyectos, falta de implicación con la institución y con sus objetivos, entre otros (Novel, 2012).

---

9 Respecto a la complejidad de gestionar el sufrimiento, véase Román (2016).



Manejar el conflicto como una fuente de aprendizaje<sup>10</sup> mutuo puede dar lugar a cambios en el comportamiento organizacional de las instituciones sanitarias permitiendo motivar y reconocer el esfuerzo, comunicar las propias ideas y convencer, transformar grupos de equipos, plantear y resolver problemas, y liberar y gestionar energía creativa. Sin embargo, la mediación, como sistema para la gestión positiva del conflicto, es una disciplina emergente poco conocida en general en el mundo de las organizaciones (Sánchez, 2015) y, en particular, de las organizaciones sanitarias. Actualmente, el principal obstáculo para que las formas alternativas de gestión de conflictos, entre ellas la mediación, se abran camino en la organización sanitaria parece ser que es de carácter cultural. A pesar de la literatura a favor del uso de la mediación en el ámbito de la salud y de sus buenos resultados a nivel internacional<sup>11</sup>, en el sistema sanitario español el desarrollo de la mediación sanitaria se ha producido en la práctica social, a través de iniciativas principalmente privadas o de proyectos subvencionados. Esto se debe a que la legislación vigente en España sobre mediación se proyecta principalmente sobre el ámbito privado, en concreto sobre materia civil<sup>12</sup>. Sin embargo, parece detectarse una preocupación emergente, por parte de organismos públicos y privados, que permitiría introducir la mediación en el ámbito de la salud (Alventosa del Río, 2016; Novel, 2012).

Teniendo en cuenta la complejidad del propio sistema sanitario español y los principios básicos que informan las actuaciones en sanidad, existe una amplia tipología de conflictos que suelen darse en este ámbito y que afectan a la organización sanitaria, a los profesionales sanitarios, al personal de administración y servicios, al personal contratado, o a pacientes, usuarios y familiares del paciente (Alventosa del Río, 2016). En las últimas décadas ha habido un impulso en la mediación que ha determinado que, en algunas Comunidades Autónomas, se haya producido un avance en la regulación de la mediación, alcanzando la mediación sanitaria. Estas Comunidades Autónomas

---

10 Así lo reconoce Osakidetza al señalar que “los conflictos no tienen en sí mismos un componente siempre negativo, y además si es abordado desde el principio y se resuelve satisfactoriamente para todas las partes, puede convertirse en una oportunidad de mejora para la organización”, dentro de la Instrucción nº 4/2018 de la Directora general de Osakidetza por la que se establece el Protocolo de actuación ante situaciones de conflicto en el trabajo y se crea la Comisión corporativa para la resolución de conflictos.

11 La mediación en litigios judiciales por responsabilidad sanitaria ha sido regulada en Chile, por ejemplo, con la Ley 19.966 de Mediación en Salud, por la que se establece la obligatoriedad de ir a mediación antes de cualquier proceso judicial por demanda de usuarios.

12 Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles, complementada por el Real Decreto 980/2013, de 13 de diciembre, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.



son: Cataluña<sup>13</sup>, Cantabria<sup>14</sup>, Murcia<sup>15</sup> y Castilla-La Mancha<sup>16</sup>. En concreto, en Cataluña y Cantabria, se han promulgado normas regulando la mediación con un carácter más general, ampliando el ámbito de aplicación de las mismas, además de a las situaciones de conflicto familiar, a otras materias. En Murcia y Castilla-La Mancha se han publicado otras normas en las que se hace referencia específica a la mediación en el ámbito de la salud (Alventosa del Río, 2016; Novel, 2012).

En el caso de Cantabria, se llegó a impulsar, en 2011, un plan piloto y se creó la Unidad de Gestión de Conflictos Sanitarios, la cual, según la propia Consejería de Sanidad, tenía como finalidad gestionar y aportar soluciones a aquellos procesos susceptibles de información, mediación y conciliación que surjan en el ámbito sanitario a petición tanto de pacientes como de profesionales. A pesar de los buenos resultados obtenidos, según la propia Consejería, dicha Unidad ya no tiene existencia por razones presupuestarias (Alventosa del Río, 2016)

Como se ha mencionado, los conflictos organizacionales pueden ser internos o externos. El objeto de este trabajo se relaciona fundamentalmente con la mediación sanitaria en los conflictos internos, es decir, en las disputas o diferencias que pueden aparecer entre trabajadores y profesionales en el ámbito de la organización, afectando el buen funcionamiento de las personas en sus equipos de trabajo. En todo caso, debe tenerse en cuenta que estos tipos de conflictos pueden escalar y que los usuarios y familias pueden verse afectados, produciéndose un conflicto externo que podía haberse evitado.

A modo de modelo para aplicar al tema objeto de este artículo, Gloria Novel (2010), en su libro titulado *Mediación organizacional: desarrollando un modelo de éxito compartido* propone un modelo de cambio organizacional para la

---

13 Ley 15/2009, de 22 de julio, de mediación en el ámbito privado que amplía la anterior Ley 1/2001, de 15 de marzo, de mediación familiar de Cataluña, según señala el propio art. 2.2, a cualquier otro ámbito de la vida, de las personas, grupos y organizaciones, que ha sido complementada por el Decreto 135/2012, de 23 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 15/2009, de 22 de julio, de mediación en el ámbito del derecho privado.

14 Ley 1/2011, de 28 de marzo de Mediación de la Comunidad Autónoma de Cantabria, en donde se establece que esta norma es de aplicación a las actuaciones profesionales de mediación en las que las partes se acojan a ella, y que se desarrollen total o parcialmente en el territorio de dicha Comunidad (art. 3.1).

15 Resolución de 14 de noviembre de 2014 por la que se promulga el acuerdo del Consejo de Administración sobre creación de la Oficina de Mediación Sanitaria en el Servicio Murciano de Salud y aprobación de las directrices que han de regir el procedimiento y el Código de Buenas Prácticas de la Mediación.

16 Ley 1/2015, de 12 de febrero, del Servicio Regional de Mediación Social y Familiar de Castilla-La Mancha, en la cual se establece de forma expresa que la regulación de la mediación contenida en dicha Ley se aplica al ámbito sanitario.



construcción de “organizaciones de tercer lado”, cuya finalidad sea el cambio de creencias, supuestos básicos y valores, que den lugar a nuevas actitudes y comportamientos, más humanos, más efectivos y eficientes. Señala que la aplicación de este modelo en una organización supone diseñar una estructura planteada a modo global y sistémico, para la prevención de gestión positiva del conflicto, encaminando los recursos a provocar un cambio en los modos de comunicación y de afrontar las diferencias y los conflictos en la organización. (Novel, 2010). Con ello se pretende conseguir cuatro objetivos:

- La promoción de la salud relacional entre las personas que trabajan y se relacionan en la organización.
- La prevención de conflictos mediante la formación, para la adquisición de habilidades colaborativas y de comunicación en situaciones difíciles, dirigidas a grupos diana que incluyan a las personas y equipos especialmente vulnerables. Aquí se incluye un sistema de atención primaria del conflicto, con personas entrenadas como “mediadores inter pares”, que pueda ayudar a prevenir la escalada del conflicto y sus costes asociados.
- El tratamiento del conflicto mediante la intervención precoz a través de sistemas de atención primaria del conflicto (mediadores inter pares) y la prevención curativa que ofrecen los servicios de atención especializada (servicio de mediación para la gestión del conflicto, propio de la aplicación de sistemas de mediación).
- La rehabilitación de la estructura relacional de la organización mediante la implantación de un modelo de construcción de cultura de paz, en términos de reconstrucción de relaciones, de espacios de consenso y de fomento de relaciones significativas a corto, medio y largo plazo.

En este proceso Novel (2010) enfatiza la importancia de desarrollar estrategias dirigidas tanto a la microgestión como a la macrogestión, conceptos definidos de la siguiente manera:

- Microgestión del conflicto: introducir mejoras a nivel de comunicación y transferir conocimientos para utilizar las herramientas mediadoras en las personas y grupos que produzcan aprendizajes de valor.
- Macrogestión del conflicto: creación de un sistema de soporte especializado, con la intervención de un agente externo, el mediador, que, a través de distintos modos de intervenir (asesoramiento, formación y entrenamiento en habilidades mediadoras, coaching, grupos de consenso y mediación), asegure la gestión positiva del conflicto organizacional.



Finalmente, en el plano aplicado, Gloria Novel (2012) destaca un gran proyecto innovador de mediación sanitaria llevado a cabo, entre 2004-2010, entre la Universidad de Barcelona y el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, con el apoyo de otras instituciones, donde llegaron a crear Unidades de Mediación Sanitaria en el sistema catalán de salud. El objetivo del proyecto fue crear un sistema impulsor en el sistema sanitario público, en lo relativo a la resolución de conflictos y a la mediación, así como difundir la mediación como movimiento inscrito en la cultura de paz, creando espacios de diálogo en el sistema sanitario catalán, para trabajar en el cambio organizacional (Novel, 2012), destacándose los siguientes cuatro resultados:

- Los conflictos organizacionales de salud, son en general, producto de la propia estructura en la que se desarrolla la actividad de “cuidar” y del “curar”. Entre algunos factores facilitadores de conflicto se encuentran las relaciones cotidianas de los profesionales en el marco de procesos salud-enfermedad, la fuerte presión asistencial, la rigidez de algunas estructuras, y la limitación y recorte en los recursos humanos y materiales.
- Los conflictos tratados fueron mayoritariamente de tipo interno.
- Las intervenciones más utilizadas fueron los asesoramientos, los procesos de mediación y los grupos de consenso.
- El total de acuerdos conseguidos a través de procesos de mediación fue de un 72,1%. Si se tienen en cuenta los acuerdos informales, en un 93% de los casos, la asistencia a un proceso de mediación, ayudó a las partes a gestionar, resolver o transformar el conflicto.

## 6. Conclusiones

La atención sanitaria representa una actividad de riesgo, en relación con las víctimas secundarias, que la pandemia provocada por la COVID 19 ha agudizado. La pandemia ha ocasionado y aún sigue originando numerosas víctimas. Por un lado, tenemos a los pacientes y sus familias y, por otro lado, a los mismos profesionales de la salud. El concepto de segunda víctima en la atención sanitaria con ocasión de la producción de un incidente de seguridad o evento adverso da entrada al denominado triángulo de la victimización, haciendo referencia a los pacientes/familia como primeras víctimas, a los profesionales sanitarios como segundas víctimas y a la organización sanitaria como tercera víctima (Clarkson et al. 2019).

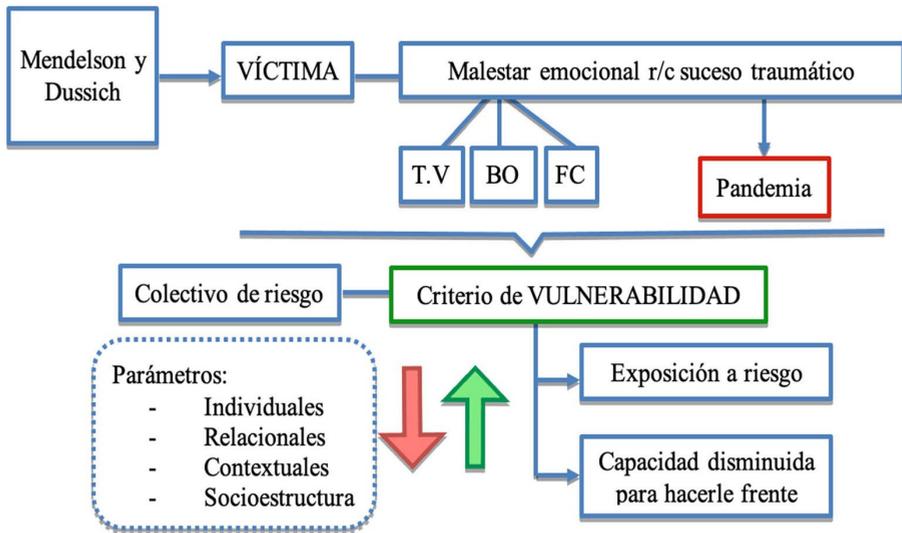
Las características propias de la pandemia como suceso traumático (hecho inesperado, asociado a una alta dosis de incertidumbre y que pone grave-



mente en peligro el bienestar de las personas) junto con las condiciones organizacionales (la escasez de recursos humanos y materiales, la falta de comunicación, la reorganización espacios de trabajo, y la carga física y emocional) en las que los profesionales de la salud han prestado la atención sanitaria, junto con la imposibilidad de prestar un adecuado cuidado y atención a pacientes con la COVID-19 y sus familiares, posibilitan la asimilación de los profesionales de la salud como segundas víctimas en una situación de especial vulnerabilidad. Como sostiene la OMS, los sanitarios han estado expuestos a un riesgo y han tenido una capacidad disminuida para enfrentarse al mismo. Dicha vulnerabilidad está en función de parámetros individuales, relacionales, contextuales y socioestructurales (Ilustración 1).

Ilustración 1

Esquema de relación del concepto de víctima y el criterio de vulnerabilidad con la pandemia y sus consecuencias en el bienestar psicológico de los profesionales sanitarios. T.V: trauma vicario; BO: Burnout; FC: fatiga por compasión.



Fuente: elaboración propia.

En estos márgenes, una incardinación de la victimología desde los derechos humanos permite dar entrada a conductas relacionadas con el sufrimiento humano, no necesariamente vinculadas a un hecho delictivo (Varona et al. 2015), posibilitando la traslación del concepto de segunda víctima de un evento adverso en el ámbito de la seguridad clínica a segunda víctima en el escenario de la pandemia ocasionada por la SARS-COV-2.



En relación con ello, Novel (2012) señala la necesidad de estudiar las situaciones y grupos de riesgo, considerando que los espacios son generadores de bienestar o malestar. En concreto, esta crisis sanitaria ha puesto de manifiesto la importancia de las condiciones organizacionales para el buen funcionamiento del sistema sanitario o, lo que es lo mismo, para el bienestar de sus trabajadores. Por todo ello, en este artículo se coincide con el último autor citado respecto de la potencialidad de la mediación para mejorar el estilo y gestión de la resolución de conflictos en el ámbito sanitario desde una mirada preventiva.

## 7. Agradecimientos

Este trabajo no hubiera sido posible sin la ayuda incondicional de Isabel Trespaderne, doctora en derecho y profesora en la Facultad de medicina y enfermería de la UPV/EHU de Donostia-San Sebastián. La autora desea agradecerle su guía y apoyo durante todo este proceso, así como el entusiasmo y energía que desprende en su trabajo, ayudando a desarrollar el potencial de sus alumnos.

## Referencias

- Alventosa del Río, J. (2016). *La Mediación Sanitaria En La Legislación de Las Comunidades Autónomas - IDIBE*. Instituto de Derecho Iberoamericano. Revisado en octubre, 2021 (<https://idibe.org/cuestiones-de-interes-juridico/la-mediacion-sanitaria-en-la-legislacion-de-las-comunidades-autonomas/>).
- Aranaz, JM., Aibar, C., Vitaller, J. y Ruiz P. (2006). *Estudio Nacional Sobre Los Efectos Adversos Ligados a La Hospitalización*. Madrid:ENEAS.
- Bellver, V (2020). Problemas Bioéticos En La Prestación de Los Cuidados Enfermeros Durante La Pandemia Del COVID-19. *Index Enferm* 29(1–2).
- Buitrago F., Ciurana R., Fernández, MC., y Tizón JL. (2020). Mental Health in Epidemics: A Perspective from the Spanish Primary Health Care. *Atencion Primaria* 52:93–113. doi: 10.1016/j.aprim.2020.09.004.
- Clarkson, MD., Haskell, H., Hemmelgarn, C. y Skolnik, PJ. (2019). Abandon the Term ‘Second Victim. *BMJ* 364. doi: 10.1136/BMJ.L1233.
- Consuengra-Fernández, M., y Fernandez-Trujillo, A. (2020). La Soledad de Los Pacientes Con COVID-19 Al Final de Sus Vidas. *Rev. Bioética y Derecho* 50.



- Danet, A. (2021). *Psychological Impact of COVID-19 Pandemic in Western Frontline Healthcare Professionals. A Systematic Review*. Vol. 1. Elsevier.
- De Montalvo, F. et al. (2020). *Informe del comité de bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus*. Comité de Bioética de España.
- García-Iglesias, J., et al. (2020). Impacto Del SARS-COV-2 (COVID-19) En La Salud Mental de Los Profesionales Sanitarios: Una Revisión Sistemática. *Rev Esp Salud Pública*, 23–24.
- Goiri, F. (2020). *Sanidad mantiene la opacidad sobre los fallecidos en residencias*. Diario Médico. revisado marzo, 2021 (<https://www.diariomedico.com/politica/sanidad-mantiene-la-opacidad-sobre-los-fallecidos-en-residencias.html>).
- Instrucción N°4/2018 de la directora general de osakidetza por la que se establece el protocolo de actuación ante situaciones de conflicto en el trabajo y se crea la comisión corporativa para la resolución de conflictos*. Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_trbg\\_normativa/es\\_def/adjuntos/2018/Instruccion\\_4\\_2018.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_trbg_normativa/es_def/adjuntos/2018/Instruccion_4_2018.pdf)
- Jose María, F. (2016). Enfoque ético de la gestión alternativa de conflictos en las organizaciones sanitarias. En Fundació Víctor i (Ed.), *Una mirada ética en la gestión de conflictos* (pp. 67-81). Grífols Fundació Víctor i Grífols. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/1021980903/q512/2b9f82fd-7dcd-45c0-91fa-b0e975e76a6d>
- Martín, R., y Gari, A. (2020). *Trabajar En Tiempos de COVID-19: Buenas Prácticas de Intervención Psicosocial En Centros Sanitarios*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad (n.d.). *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Profesionales - Situación Actual Coronavirus*. Ministerio de Sanidad. Revisado diciembre, 2020 (<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>).
- Minué, S. (2020). La Pandemia COVID-19: Lo Que Hemos Aprendido Hasta Ahora Desde España. *APS EM REVISTA* 2(1):28–32. doi: 10.14295/aps.v2i1.66.
- Mira, J.J., Cobos, Á., Martínez, O., Bueno, M.J., Astier, P., Pérez, P., et al. (2021). *Manual Breve Para La Recuperación de Las Segundas Víctimas Del SARS-CoV-2*. Cost European Cooperation in Science and Technology. Acceso septiembre, 2021 ([http://lcsi.umh.es/segvic/Manual\\_Express\\_FINAL.pdf](http://lcsi.umh.es/segvic/Manual_Express_FINAL.pdf)).



- Novel, G. (2010). *Mediación Organizacional: Desarrollando Un Modelo de Éxito Compartido*. Madrid: Instituto Complutense de Mediación y Gestión de Conflictos.
- Novel, G. (2012). *Mediación En Salud: Un Nuevo Paradigma Cultural En Organizaciones Sanitarias*. Madrid: Instituto Complutense de Mediación y Gestión de Conflictos.
- Organización Mundial de La Salud (2020). *La Escasez de Equipos de Protección Personal Pone En Peligro Al Personal Sanitario En Todo El Mundo*. Revisado marzo, 2021 (<https://www.who.int/es/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>).
- Organización Panamericana de La Salud (2009). *Protección de La Salud Mental En Situaciones de Epidemias*. Revisado en marzo, 2021 ([https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia de influenza y Salud mental Esp.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf)).
- Radio Televisión Española (2020). *Médicos y sanitarios reclaman mejores condiciones laborales*. (RTVE). Revisado marzo, 2021 (<https://www.rtve.es/alacarta/videos/telediario/coronavirus-heroes-medicos/5725633/>).
- Rinaldi, C., Leigheb, K., Vanhaecht, C., Donnarumma, C., y Panella, M. (2016). Convertirse en «Segunda Víctima» en asistencia sanitaria: la vía de la recuperación después de un episodio adverso. *Revista de Calidad Asistencial* 31:11–19. doi: 10.1016/j.cali.2016.05.001.
- Román, B. (2016). Ética asistencial: la complejidad de gestionar el sufrimiento. En Cuadernos de la Fundació Víctor i (Ed.), *Una mirada ética en la gestión de conflictos* (pp. 11–16). Grífol's Fundació Víctor i Grífol's. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/1021980903/q512/2b9f82fd-7dcd-45c0-91fa-b0e975e76a6d>
- Sánchez, S. (2015). Enfermería y Mediación Sanitaria: Gestión de Los Conflictos Sanitarios. *Rev. Tèsel* 18.
- Scott, S., Hirschinger, LE., Cox, KR., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, KM., et al. (2010). Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 36:233–40.
- Sociedad Vasca de Victimología (n.d). *Diccionario Abierto de Términos Victimológicos*. Revisado abril, 2021 (<https://www.sociedadvascavictimologia.org/diccionario-1>).



- The European Researchers' Network Working on Second Victims (2020). *International Forum, En El Marco de La COST Action (CA19113)*. ERNST. Revisado marzo, 2021 (<https://caringforcaregivers.cost-ernst.eu/>).
- Torijano-Casalengua, ML., Astier-Peña, P. y Mira-Solves, JJ. (2016). El Impacto Que Tienen Los Eventos Adversos Sobre Los Profesionales Sanitarios de Atención Primaria y Sus Instituciones. *Atención Primaria* 48(3):143–46. doi: 10.1016/j.aprim.2016.01.002.
- Trespaderne, MI. (2012) (documento inédito). La responsabilidad del profesional por defectuosa asistencia sanitaria a la luz de las condiciones organizacionales. 9–38.
- Trespaderne, MI. (2014). *Argumentos para un nuevo enfoque en el enjuiciamiento de la responsabilidad por defectuosa asistencia en la organización sanitaria*. Granada: Comares.
- Van Ommeren, M. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress i who library cataloguing-in-publication data*. Organización Mundial de La Salud. Revisado en marzo, 2021 ([www.who.int](http://www.who.int)).
- Varona, G. (2018). *¿Es posible una justicia orientada a la persona?: Retos que plantea el proceso penal tras la aprobación del Estatuto de la víctima del delito*. Cuadernos penales José María Lidó 14, 257.
- Varona, G. et al. (2015). *Victimología: un acercamiento a través de sus conceptos fundamentales como herramientas de comprensión e intervención*. Leioa: UPV/EHU.
- Zhenyu, L. et al. (2020). Vicarious Traumatization in the General Public, Members, and Non-Members of Medical Teams Aiding in COVID-19 Control. *Brain, Behavior, and Immunity* 88(March):916–19. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.007