

UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO - EUSKAL HERRIKO UNIBERTSITATEA

Departamento de ciencia política y de la administración



Máster Universitario en Participación y Desarrollo Comunitario

Edición 2016 – 2017

TRABAJO FIN DE MÁSTER

*“La participación del paciente en su seguridad:
propuesta metodológica para promover la agencia del paciente.
El caso de la OSI Barrualde-Galdakao”*

Autora:

Rosa María Añel Rodríguez

Director:

Patxi Juaristi Larrinaga

Agradecimientos

A ***Patxi Juaristi Larrinaga***, por su implicación y ayuda, porque sin sus consejos e indicaciones yo no hubiera sido capaz de plasmar en este documento todo el trabajo que he realizado; por todo lo que me ha enseñado y por todo lo que me ha ayudado a aprender.

A ***Jose Luis Balentziaga Muñoz***, por facilitarme la difícil tarea de conciliar mis proyectos e inquietudes en el campo de la Seguridad del Paciente con mis responsabilidades profesionales.

A ***Cristina Domingo Rico***, por guiarme en los momentos de incertidumbre y, sobre todo, por creer y confiar en mí desde el principio.

A ***Enrique Peiró Callizo***, por su especial sensibilidad, su cercanía y su disponibilidad, y por su apoyo constante para desarrollar acciones dirigidas a mejorar la Seguridad del Paciente.

A todas y todos los ***Referentes de Seguridad del Paciente*** de las organizaciones de servicios de Osakidetza, por su continúa dedicación para mejorar el nivel de seguridad de la asistencia sanitaria; por compartir visión, experiencias y conocimientos. Para mí siempre han sido, y son, un bálsamo de entendimiento, porque viajamos en la misma “órbita” y hablamos con el mismo “código”. A ***Carmen Silvestre Busto***, por regalarme su amistad.

A ***Iratxe Regidor Fuentes***, por su colaboración en el diseño y desarrollo inicial de este proyecto.

A mis ***compañeras y compañeros del Centro de Salud Landako***, por muchas cosas, pero muy especialmente por el cariño con el que siempre han atendido a mis pacientes cuando yo no he estado. A ***Maite***, a ***Judith*** y a ***Iñaki***, así como a los profesionales del Hospital Galdakao-Usánsolo, que han figurado como actores para la grabación del vídeo educativo. A ***Merche*** y a ***Jesús***, por su generosidad y su inestimable participación como pacientes.

A ***todos y cada uno de mis pacientes***, por su paciencia y comprensión, cuando les he atendido personalmente y sobre todo cuando, por estar en otras cosas, no he podido hacerlo. A ***Virginia Díaz Gorriti***, que comenzó siendo paciente y ahora es mi amiga y una fuente continúa de inspiración y conocimiento.

A ***mi familia***, muy especialmente a mis padres, que me han enseñado el valor del esfuerzo y la perseverancia; que, con su ejemplo, me han hecho dar lo mejor de mí misma, y que creyeron en mis posibilidades mucho antes de que yo supiera que las tenía. A Luis, mi marido, por estar siempre a mi lado apoyándome y ayudándome a llevar a cabo todo lo que me propongo. Y a mis hijos, Iker y Aitor, que son el motivo principal por el que deseo que el sistema sanitario de mañana sea más seguro y participativo que el de hoy.

ÍNDICE GENERAL

Agradecimientos

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Evolución del modelo asistencial: de la delegación a la participación.....	1
1.2. Factores que han influido en el cambio de modelo relacional.....	2
1.3. La participación del paciente en su seguridad.....	3
1.4. Justificación del estudio.....	4
1.5. Introducción a los contenidos del estudio.....	5
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Seguridad del paciente: declaración del problema e impacto.....	7
2.2. Teoría de la causalidad de los incidentes de seguridad en el ámbito sanitario.....	9
2.3. Participación del paciente en su seguridad: iniciativas propulsoras.....	11
2.3.1. Iniciativas desarrolladas a nivel internacional.....	11
2.3.2. Iniciativas desarrolladas a nivel nacional.....	12
2.3.3. Iniciativas desarrolladas en Euskadi.....	13
2.4. Propuestas metodológicas para involucrar al paciente en la seguridad de la asistencia sanitaria: en busca de la evidencia.....	15
2.5. Necesidad de incorporar al paciente como barrera de seguridad.....	17
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	19
4. METODOLOGÍA.....	20
4.1. Delimitación del problema y del campo de acción.....	21
4.1.1. Priorización del tipo de incidente sobre el cuál involucrar al paciente.....	21
4.1.2. Selección del proceso asistencial sobre el cuál desarrollar la intervención educativa.....	21
4.2. Fase exploratoria: estudio preliminar.....	21
4.2.1. Revisión documental: fuentes de información secundaria.....	22
4.2.2. Estudio y análisis de información primaria.....	22
4.3. Desarrollo de la intervención educativa para activar a los pacientes en su seguridad.....	23
4.3.1. Diseño de la actividad educativa y edición del material.....	23
4.3.2. Reclutamiento de pacientes para participar en el estudio.....	24
4.3.3. Intervención educativa grupal.....	25
4.3.4. Intervención educativa individual.....	29
4.3.5. Análisis de la información obtenida durante la intervención educativa.....	29

4.4. Evaluación de los efectos de la intervención educativa.....	30
4.4.1. Técnica de las entrevistas personales semiestructuradas.....	30
4.4.2. Aplicación y desarrollo de las entrevistas personales.....	31
4.4.3. Análisis e interpretación de la información obtenida.....	32
4.5. La complementariedad de metodologías en las ciencias de la salud.....	33
5. RESULTADOS	35
5.1. Resultados del estudio preliminar.....	35
5.1.1. Resultados generales.....	35
5.1.2. Análisis de las diferencias según el género.....	36
5.1.3. Análisis de las diferencias según el tipo de procedimiento.....	36
5.2. Valoración de conocimientos y actitudes de los pacientes previos a la intervención educativa.....	37
5.2.1. Análisis del contenido de la información derivada de los grupos focales.....	38
5.2.2. Discusión de la información obtenida de los grupos focales.....	45
5.3. Valoración del nivel de activación alcanzado	48
5.3.1. Análisis la información obtenida mediante las entrevistas personales.....	48
5.3.2. Resultados del análisis del contenido de las entrevistas personales.....	48
5.3.3. Discusión de la información obtenida de las entrevistas personales.....	58
5.4. Factores moduladores de la participación de los pacientes en su seguridad.....	61
6. CONCLUSIONES.....	63
6.1. Conclusiones generales.....	63
6.2. Otros hallazgos del estudio.....	66
6.3. Reflexión metodológica, aportaciones y limitaciones del estudio.....	68
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	73
8. ANEXOS	77
Anexo I. Campaña de sensibilización ciudadana de Osakidetza.....	77
Anexo II. Flujograma del proceso asistencial seleccionado.....	78
Anexo III. Criterios de calidad del registro de los datos de identificación del paciente en la documentación clínica y clasificación de los tipos de error.....	79
Anexo IV. Fases del estudio preliminar.....	80
Anexo V. Guion del vídeo educativo.....	81
Anexo VI. Cuaderno de anotaciones para el paciente.....	83
Anexo VII. Autorización para la reproducción del vídeo.....	91

Anexo VIII. Guion llamada telefónica.....	92
Anexo IX. Ficha técnica grupos focales.....	93
Anexo X. Consentimiento informado para participar en el estudio.....	95
Anexo XI. Guion grupos focales.....	97
Anexo XII. Ficha técnica intervención educativa individual.....	98
Anexo XIII. Guion entrevistas personales.....	99
Anexo XIV. Ficha técnica entrevistas personales.....	100

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo del queso suizo de Reason.....	9
Figura 2. Bloqueo de la trayectoria de oportunidad del incidente.....	10
Figura 3. Incorporación de la agencia del paciente como barrera de seguridad.....	18
Figura 4. Imagen de la 'pulsera de identificación del paciente'	50
Figura 5. Imagen de los datos de identificación en el 'informe de alta'.....	50
Figura 6. Gradiente de activación y de participación del paciente.....	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resultados de la captación telefónica de pacientes para participar en el estudio.....	25
Tabla 2. Fases del análisis de la información obtenida de los grupos focales.....	27
Tabla 3. Fases del análisis de la información obtenida de las entrevistas personales.....	32
Tabla 4. Categorías o ejes de análisis del contenido de los grupos focales.....	37

***“No es porque las cosas son difíciles que no nos atrevemos con ellas;
es porque no nos atrevemos con ellas, que las cosas son difíciles”***

L. A. Séneca, Córdoba, 4-65 d.C.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Evolución del modelo asistencial: de la delegación a la participación.

Tradicionalmente el ejercicio de la Medicina ha seguido, y a la vez ha potenciado, las normas del conocimiento científico. Bajo esta lógica, la salud se ha definido como ausencia de enfermedad, dividiendo el mundo entre sanos y enfermos, y el diagnóstico de las enfermedades se ha realizado integrando los hallazgos físicos y los resultados de las pruebas complementarias de tipo biológico. Esta orientación patologista (***“no existen enfermos sino enfermedades”***) y reduccionista (diagnóstico basado en variables biológicas) definen, entre otras características, el modelo biomédico. Aunque este modelo ha servido (y sirve) en gran medida para diagnosticar y tratar las enfermedades, si sólo consideramos esta perspectiva, estaremos excluyendo factores de riesgo psicológicos y sociales de gran importancia en el proceso salud-enfermedad y, por lo tanto, estaremos perdiendo la posibilidad de comprender en su justa medida las complejas y variadas interacciones de este proceso, obteniendo un conocimiento incompleto y simplista de la salud del ser humano. Con la irrupción del modelo biopsicosocial de enfermedad, postulado por George Engel en 1977, se produce un cambio de paradigma que permite la introducción de un enfoque mucho más humanista (***“no existen enfermedades sino personas enfermas”***) en el ejercicio de las profesiones sanitarias, al reconocer que todas las enfermedades tienen componentes biológicos, psicológicos y sociales.

A la vez que se produce este cambio de perspectiva y de la forma en que los médicos analizamos los problemas de salud, también la relación médico-paciente va cambiando a lo largo del tiempo, pasando de un estilo puramente paternalista, donde el enfermo se encuentra subordinado a las decisiones del médico (que decide lo que es mejor para su bien), a un estilo más autonomista, en el cuál el paciente es un agente con derechos bien definidos y con capacidad de decisión en lo concerniente a su salud, y la función del profesional sanitario es ayudarle a mantener o recuperar su estado previo de salud.

Personalmente, como médica de Atención Primaria, me sitúo en el modelo biopsicosocial que deja de contemplar al paciente sólo como objeto o “enfermo que necesita ser estudiado” para considerarlo sujeto o “persona que precisa ayuda para resolver un problema que afecta a su salud”. Bajo esta lógica es posible establecer una relación de confianza, franca y más simétrica, donde tenga cabida el “conocimiento situado o experiencial” de cada paciente, y se incorpore a la toma de decisiones, combinado con los “conocimientos científico-técnicos” propios de los profesionales sanitarios. Así se establece un binomio profesional-paciente (paciente incluye familiar y/o cuidador en caso de personas dependientes), en el que cada uno aportamos lo que puede para contribuir a la consecución del proyecto común, que no es otro que mantener o mejorar el estado de salud y/o la calidad de vida, aunando fuerzas para conseguir los mejores resultados.

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es la más idónea para atender de forma global los problemas de salud de las personas porque la relación paciente-profesional se mantiene en el

tiempo y, además, se establece en el entorno comunitario, cerca del contexto del paciente. Esto facilita que los profesionales de Atención Primaria podamos valorar las necesidades asistenciales del paciente en su conjunto y abordarlas de forma escalonada, priorizando aquellas que están interfiriendo más en su calidad de vida. Para ello, además de conocer al paciente y su contexto, es fundamental saber y poder escuchar; escuchar tanto al paciente como a sus familiares y/o cuidadores, e incorporar su punto de vista y sus aportaciones en el acto asistencial. Se trata de considerar no sólo “qué necesita” el paciente para mejorar o resolver sus problemas de salud (pruebas, tratamiento, seguimiento, etc.), sino también “cuáles son sus preferencias y prioridades” según el contexto y el momento vital en que se encuentra. De este modo podremos saber qué abordaje es el más adecuado para responder a sus necesidades asistenciales y nuestras decisiones como profesionales de la salud serán más acertadas.

La importancia de conocer las circunstancias o el contexto en el que se encuentra la persona radica en que, a menudo, dichos factores son la causa directa o indirecta de su padecimiento físico y/o psicológico. En este sentido, tan importante como conocer y saber reconocer los síntomas y signos de la enfermedad, es conocer y reconocer a la persona que los presenta, y examinar las circunstancias o el contexto en que se encuentra esa persona. Pero si no establecemos una relación de confianza, para lo que se necesita la existencia de cierta continuidad temporal, es difícil llegar a conocer cuáles son los determinantes extrínsecos a los que el paciente está expuesto (léase factores socioeconómicos, entorno familiar y laboral, factores medioambientales,...) o, al menos, no los conoceremos lo suficiente como para poder realizar un abordaje integral de sus necesidades y demandas.

1.2. Factores que han influido en el cambio de modelo relacional.

Un elemento clave que ha favorecido el cambio de modelo de relación asistencial han sido los avances producidos en los últimos años en el marco legal, reforzando los derechos de los pacientes y promoviendo su participación en la toma de decisiones. Si bien el derecho a la protección de la salud estaba ya recogido tanto en el artículo 43 de la Constitución de 1978 como en la Ley 14/1986, General de Sanidad, no ha sido hasta principios del siglo XXI cuando, con la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, se ha reforzado el derecho a la autonomía del paciente. Esta ley establece los derechos del paciente a decidir libremente, tras recibir la información suficiente y adecuada (eso sí, respetando a las personas que prefieren no ser informadas), entre las opciones clínicas disponibles, y obliga al profesional al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica y al respeto de las decisiones adoptadas por el paciente. Paralelamente a las modificaciones del marco regulador, se ha producido un auge de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación que están permitiendo una mayor accesibilidad a la información sanitaria, impulsando la democratización del conocimiento especializado. Actualmente la ciudadanía puede consultar -y compartir- una gran cantidad de información médica de forma fácil y rápida. A la vez, los avances científicos y el desarrollo de la tecnología biomédica con nuevas y mejores prestaciones, ha conllevado un aumento de las expectativas de la ciudadanía respecto a la calidad de la asistencia sanitaria.

Todos estos avances han propiciado que se produzca un cambio en el “modelo” de paciente. Hoy en día es habitual que los pacientes consulten sobre algo que han leído en internet, que previamente a acudir a la consulta se hayan informado sobre las posibles causas de sus síntomas y que acudan para solicitar pruebas o directamente pidan ser derivados a los especialistas de segundo nivel. Tampoco es infrecuente que el paciente cuestione las indicaciones o las decisiones del profesional sanitario y/o que solicite una segunda opinión por no estar conforme con la información recibida. Al cambio en las demandas y expectativas de los pacientes se añade el cambio en el patrón de enfermedad. El aumento en la esperanza de vida va ligado a una prevalencia cada vez mayor de enfermedades crónicas, y las personas que padecen enfermedades crónicas terminan siendo expertas en su enfermedad y empoderándose en todo lo que concierne a afrontar problemas relacionados con ella y en el uso de los recursos sanitarios disponibles. Por su parte el sistema sanitario, para afrontar la situación derivada del incremento de la cronicidad y de los gastos, necesita cada vez más de la participación del paciente para mantener o recuperar su salud:

 Cuando los procesos agudos eran la principal causa de enfermedad, los pacientes eran inexpertos y receptores pasivos del conocimiento médico; ahora que las enfermedades crónicas son el principal problema de salud, el paciente debe ser un agente colaborador activo del proceso (Holman y Lorig, 2000: 526).

Así, en los últimos años se han desarrollado diferentes iniciativas para promover la corresponsabilidad del paciente y su implicación tanto en la toma de decisiones como en el proceso terapéutico. Un ejemplo de ello son los programas de autocuidado que buscan capacitar a los pacientes, familiares y/o cuidadores para que adopten un papel más activo desarrollando y poniendo en práctica sus habilidades y competencias para tomar el control de su enfermedad. No se trata de cuestionar, ni mucho menos sustituir, al profesional sanitario, sino de aprovechar los conocimientos y capacidades de los pacientes y combinarlo con el conocimiento técnico de los profesionales, teniendo como objetivos mejora la calidad de vida de las personas y la eficiencia del sistema sanitario.

1.3. La participación del paciente en su seguridad.

Si bien es cierto que de un tiempo a esta parte el rol del paciente como coprotagonista se considera fundamental para mejorar la eficiencia del sistema y los resultados en salud (Mira, 2004; Palacio y Silvestre, 2006; Lorenzo, 2008), su participación cobra aún mayor importancia cuando se trata de aspectos relativos a la seguridad (Charmel y Frampton, 2008; Simi y Patoia, 2010; Coulter, 2011).

Son fundamentalmente dos los motivos por los que implicar a los pacientes para que participen en su seguridad está empezando a ser un elemento estratégico de primer nivel para las organizaciones sanitarias. El primero de los motivos tiene que ver con la creciente complejidad de los sistemas sanitarios, que dificulta la coordinación en la prestación de servicios. La atención sanitaria actual precisa de una combinación compleja de procesos, medios tecnológicos e interacciones humanas que, aunque indudablemente aportan grandes beneficios, no están libres de riesgos. Por lo tanto, y debido fundamentalmente a las dificultades de coordinación entre las diferentes partes del sistema, a veces se producen fallos o errores. Fallos del sistema y/o errores humanos que, si no se detectan a tiempo, pueden acabar perjudicando al paciente. Y en segundo lugar, porque se está empezando a poner en valor el papel que los pacientes pueden ejercer como vigilantes de la

adecuación de los servicios que reciben. Así, el hecho de que algunos problemas de seguridad se produzcan en presencia del paciente (y de sus familiares o cuidadores) significa que, al menos en algunas ocasiones, podrían ser evitados o detectados a tiempo gracias a su intervención.

De hecho, la todavía escasa evidencia disponible apunta a que los pacientes pueden ejercer un papel activo vigilando el proceso asistencial y actuando a favor de su propia seguridad (Vincent y Coulter, 2002; Davis, Jacklin, Sevdalis y Vincent, 2007; Kountantji, Davis, Vincent y Coulter, 2008), por lo que la mayoría de los organismos e instituciones sanitarias recomiendan el desarrollo de iniciativas en este sentido (OMS, 2005; Fajardo et al., 2010). Se trata de un reto al que se enfrentan todos los sistemas sanitarios del mundo ya que, aunque en los últimos 15 años se han propuesto múltiples iniciativas para involucrar a los pacientes en la prevención de errores, todavía se sabe poco sobre su viabilidad y su efectividad (Coulter y Ellins, 2007; Schwappach, 2010; Davis, Sevdalis y Vincent, 2011; The Health Foundation, 2013).

De los numerosos estudios que versan sobre estrategias para involucrar a los pacientes en su seguridad, la mayoría centran su atención en valorar -a través de cuestionarios- los conocimientos y actitudes que tanto los profesionales como los pacientes tienen hacia la materia, y en intentar determinar cuáles son los factores que modulan la participación activa del paciente (Davies y Cleary, 2005; Saturno, 2009; Longtin, Leape, Sheridan, Donaldson y Pittet, 2010; Doherty y Stavropoulou, 2012). Otros se enfocan al desarrollo de actividades dirigidas a mejorar la práctica de los profesionales, proponiendo mejoras enfocadas al sistema e incluso intervenciones basadas en la competencia de los pacientes; todo ello desde la perspectiva de los profesionales asistenciales y de los equipos directivos (Jefferis et al., 2013; Health Research & Educational Trust, 2013). Pero hay todavía muy pocos estudios sobre el impacto de intervenciones específicamente enfocadas a empoderar a los pacientes para que actúen como barrera de seguridad, por lo que existe escaso conocimiento empírico sobre propuestas metodológicas válidas para hacerlo (Fajardo et al., 2010; Kemper, Balckburn, Doyle y Hyman, 2013).

1.4. Justificación del estudio.

En relación con todo lo anteriormente expuesto, y con el objetivo de desarrollar y evaluar los resultados de una intervención educativa específicamente dirigida a activar y capacitar a los pacientes para que participen en su seguridad, nos propusimos realizar esta investigación. Aquí conviene matizar que hemos tratado de realizar la intervención educativa en condiciones reales y no ideales, con el propósito de facilitar su posterior generalización. Es decir, se ha diseñado pensando en poder traspasar el ámbito local y generalizar la intervención en un futuro, en caso de obtener resultados favorables.

Son varios los motivos que me han llevado a elegir como objeto de estudio la participación del paciente en la seguridad del proceso asistencial, pero han surgido de forma consecutiva y, por tanto, se relacionan fuertemente entre sí. En primer lugar, el interés por conocer la situación actual, en nuestro ámbito, acerca de qué saben los pacientes sobre los riesgos asociados a la asistencia sanitaria, qué opinan sobre sus posibilidades de participación en el proceso asistencial, si han detectado alguna vez fallos o errores o si han sufrido las consecuencias de los mismos, y si el hecho de haber experimentado alguna de estas situaciones ha supuesto un cambio de actitud; es decir, si les ha activado para participar a favor de su propia seguridad en los siguientes contactos

con el sistema sanitario. En segundo lugar, la motivación por contribuir a generar conocimiento sobre cómo involucrar a los pacientes para que intervengan a favor de su seguridad, cuáles son los factores que facilitan o dificultan su participación y qué condicionantes o premisas son necesarios para tomar parte activa en el proceso asistencial en general, y en lo relativo a su propia seguridad en particular.

Por lo tanto, las preguntas que han motivado la investigación, han sido las siguientes:

- ¿Quién es paciente, puede ser agente? ¿Cómo? ¿Mediante qué canales o procedimientos?
- ¿Pueden los pacientes participar en su seguridad? ¿Qué necesitan para hacerlo? ¿Cómo potenciar su participación?
- ¿Cuál es la situación de partida? ¿Qué saben los pacientes sobre la “seguridad del paciente”?
- ¿Qué factores fortalecen o debilitan la agencia del paciente en este sentido?
- Y por último, aunque no menos importante: ¿Está el sistema preparado para asumir este nuevo rol de los pacientes? ¿Qué cambios serán necesarios para incorporar al paciente como barrera de seguridad en el sistema sanitario?

1.5. Introducción a los contenidos del estudio.

La hipótesis bajo la cual se ha planteado este trabajo de investigación ha sido que los pacientes pueden participar ejerciendo como barrera de seguridad frente a los fallos o errores que se producen en el proceso asistencial, si previamente están activados y capacitados para ello. Esta reflexión o puntualización surge de la observación de diferentes situaciones en las que, habiéndose producido fallos o errores que podía haber detectado y comunicado el propio paciente, dichos fallos han traspasado al siguiente nivel asistencial. Incluso ante el mismo tipo de fallo o error y en similares circunstancias, algunos pacientes ejercen un papel activo en beneficio de su propia seguridad y otros no. ¿Significa esto que, para actuar como barrera de seguridad, los pacientes precisan estar previamente activados? ¿Por qué, ante una misma situación de riesgo, unos pacientes intervienen y otros no? Es muy probable que el estado de activación en seguridad no sea una capacidad innata en los pacientes y que, por lo tanto, haya que fomentarla.

Deliberando sobre estos aspectos es como comenzamos a plantearnos qué hacer para activar a los pacientes y promover su participación en lo relativo a su seguridad en el ámbito sanitario. Puesto que el primer paso para la activación es la concienciación respecto a un problema (problematización de la situación), tuvimos claro que nuestra investigación debía incluir de algún modo la concienciación y educación en este sentido. Fue así como nos propusimos desarrollar una intervención educativa dirigida a involucrar y capacitar a los pacientes para participar en su seguridad durante la asistencia sanitaria.

La siguiente cuestión a abordar fue en qué aspecto o aspectos específicos de la seguridad del paciente debíamos focalizar la intervención. A priori, no nos parecía muy factible intentar abordar la “Seguridad del Paciente” en su conjunto, por varios motivos. Por una parte, porque la Seguridad del Paciente es un campo de trabajo que incluye muchos y muy variados aspectos, desde el uso seguro de la medicación, hasta la identificación inequívoca del paciente, pasando por la cirugía segura y la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, entre otros. Y por

otra, porque no en todos estos aspectos el paciente tiene las mismas posibilidades de participar. Digamos que hay partes del sistema y de la atención sanitaria que para los pacientes están más bien “ocultas” y otras que son más “visibles” por lo que, a la hora de realizar actividades de concienciación y activación para promover su participación en seguridad, es importante seleccionar aquellas situaciones (tipos de incidentes de seguridad) en las que los pacientes tienen posibilidades de actuar. En base a nuestra experiencia y tras analizar la información disponible en el sistema de notificación de incidentes de seguridad, decidimos centrar la intervención educativa en la prevención y/o detección precoz de los “errores de identificación del paciente”. Así mismo, seleccionamos también un proceso asistencial concreto en relación con el cuál poder desarrollar la actividad educativa en condiciones reales (y no ideales) y decidimos que, por sus características, un proceso de tipo “cirugía programada” nos permitía mostrar a los pacientes diferentes momentos en los que pueden desarrollar su agencia como barrera de seguridad.

Nos propusimos desarrollar una intervención educativa para empoderar al paciente fomentando su participación como barrera frente a fallos o errores. Para ello seleccionamos un tipo de incidente de seguridad bien definido y en el que los pacientes tienen oportunidades de participar (errores de identificación del paciente) y un proceso asistencial concreto que, por sus características, nos permitiera poder desarrollar la actividad educativa en circunstancias reales (cirugía programada del Servicio de Traumatología). La intervención consiste en una sesión educativa de tipo audiovisual enfocada a que los pacientes conozcan: los diferentes puntos del proceso asistencial por los que van a pasar; en cuáles de ellos es más importante su participación, y el modo pueden contribuir a la mejora de su seguridad (por ejemplo, comprobar que la documentación que se les entrega tiene sus datos de filiación). Dentro de los diferentes tipos de fallos o errores que comprometen la seguridad del paciente, la identificación incorrecta de pacientes es un factor potencialmente muy dañino, fundamentalmente para los pacientes pero también para los profesionales y para la propia institución, debido a la gravedad de las consecuencias que puede tener (Chassin y Becher, 2002; Hain et al., 2010). Un fallo o error en el proceso de identificación del paciente puede arrastrar posteriormente otros fallos o errores, algunos de ellos muy graves, como por ejemplo, errores de medicación, errores en la transfusión, errores de laboratorio, procedimientos en la persona incorrecta, e incluso altas de bebés que se entregan a las familias equivocadas.

El objetivo principal del estudio ha sido, por tanto, desarrollar y evaluar los efectos de una intervención educativa dirigida a activar a los pacientes para que participen en su seguridad.

El ámbito en el que se ha desarrollado el estudio ha sido la **Organización Sanitaria Integrada Berrualde-Galdakao**. Las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) son una nueva forma de organización y gestión de la asistencia sanitaria en Osakidetza, con el objetivo de integrar los servicios de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, y dar una asistencia más coordinada a la ciudadanía. La OSI Berrualde-Galdakao, creada en 2014, es la organización sanitaria de referencia para los cerca de 300.000 ciudadanos que habitan en la Comarca Interior de Bizkaia.

*“Habrá algunos pacientes a los que no podemos ayudar,
pero no hay ninguno al que no podamos dañar”*

Arthur Bloomfield, Profesor y Jefe del Departamento de Medicina Interna,
Universidad de Stanford (1888-1962)

2. MARCO TEÓRICO

El presente estudio de investigación se enmarca en el campo de la Seguridad del Paciente¹, por lo que está directamente relacionado con la asistencia sanitaria² y con las características propias del sistema sanitario³, incluyendo aspectos relativos a la gestión del mismo, a los procesos asistenciales, a los profesionales, a las circunstancias en las que trabajan los profesionales, a la relación profesional-paciente y, por supuesto, a los pacientes. Pero, sobre todo, el núcleo central de este trabajo es el estudio de las posibilidades de participación⁴ de los pacientes en su seguridad durante la asistencia sanitaria, y de los factores que facilitan o dificultan dicha participación.

Para situar la investigación en su contexto, comenzaré explicando algunos aspectos teóricos como dónde y por qué surgió el concepto “Seguridad del Paciente” y los fundamentos de la “Teoría de causalidad de los incidentes” aplicada al ámbito sanitario. Seguidamente expondré algunas de las iniciativas recientemente desarrolladas para promover la participación del paciente en su seguridad, tanto a nivel internacional como nacional. En tercer lugar mencionaré algunos de los estudios empíricos realizados para evaluar intervenciones dirigidas a involucrar a los pacientes para que actúen en pro de su seguridad. Para terminar, plantearé mi punto de vista sobre la conveniencia y/o necesidad de incorporar al paciente como barrera de seguridad del sistema.

2.1. SEGURIDAD DEL PACIENTE: DECLARACIÓN DEL PROBLEMA E IMPACTO.

Si bien el concepto de “error médico” se conoce desde hace siglos, es a partir de la publicación de varios informes durante la década de los 90 cuando se pone de manifiesto la magnitud del problema y se empieza a hablar de “Seguridad del Paciente”.

¹ **Seguridad del paciente:** reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, teniendo en cuenta los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en que se presta la atención. **Seguridad:** ausencia de riesgo. **Riesgo asistencial:** probabilidad de que la asistencia sanitaria conlleve un resultado no deseable. **Paciente:** persona que requiere asistencia sanitaria y se somete a cuidados profesionales para el mantenimiento y/o la recuperación de su salud.

² **Asistencia sanitaria:** servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener o restablecer la salud. Incluye el fomento del autocuidado o cuidado de la salud por la propia persona.

³ **Sistema sanitario:** elementos, organización y métodos con los que se provee la asistencia sanitaria. **Sistema:** conjunto de elementos que deben interactuar adecuadamente entre sí para contribuir al desarrollo de un proceso o a la consecución de un objetivo.

⁴ **Participación:** proceso de organización y movilización de una comunidad de personas, que asumen conscientemente el papel de agentes en el devenir colectivo, con la finalidad de transformar la realidad existente y mejorarla.

A la publicación del famoso estudio de Harvard (Brennan et al., 1991) en el que entre un total de 30.122 historias clínicas seleccionadas al azar se identificaron 1.133 (3,7%) eventos adversos⁵ (el 58% de ellos se consideraron prevenibles), le siguieron otros estudios que analizaron la cultura de seguridad⁶ en el ámbito sanitario, caracterizada por niveles de prevención de fallos o errores muy bajos (Leape, 1994), y estudios que analizaron las consecuencias de los eventos adversos para los pacientes (13,7% de los casos conllevaron incapacidad permanente y en un 4.9% la muerte del paciente) (Willson et al., 1995).

Pero, sin duda, el factor determinante que situó la seguridad del paciente en el foco de atención a nivel mundial fue la publicación del informe “To Err is Human: Building a Safer Health System” (Kohn, Corrigan y Donaldson, 1999) del Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos, que desveló que entre 44.000 y 98.000 personas morían en los hospitales como consecuencia de “errores médicos”, posicionándose como una de las principales causas de muerte en EE.UU., por delante incluso de las muertes debidas a accidentes de tráfico, cáncer de mama y SIDA.

El impacto de este estudio fue tal, que la mayoría de países a nivel mundial comenzaron a destinar recursos a la investigación de la epidemiología de los errores en el ámbito sanitario, y en pocos años se publicaron multitud de estudios sobre este problema (Davis et al., 2001; Vincent, Neale y Woloshynowych, 2001; Shioler et al., 2001; Forster et al., 2004; Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid, 2006; Michel et al., 2007; Zegers et al., 2009; Soop et al., 2009; Mendes, Martins, Rozenfeld y Travassos, 2009; Letaief et al., 2010). Los resultados de todos ellos fueron similares, detectando una alta prevalencia de eventos adversos (entre un 7,5% y un 11,7% según los países, estimándose en términos globales que hasta uno de cada 10 pacientes sufrían daños como consecuencia de la atención recibida en los países desarrollados) y una elevada tasa de evitabilidad (entre el 50 y el 70% de los eventos adversos podían haberse evitado). Además, la demostración de que la mayoría de los errores se debían a fallos en los sistemas⁷, y no exclusivamente a errores humanos⁸, contribuyó a avanzar en la forma de abordar el problema y en la búsqueda e implantación de soluciones. Así fue como se comenzó a tratar el problema con un enfoque sistémico.

A medida que los resultados de estos estudios fueron saliendo a la luz, la seguridad del paciente se posicionó como una dimensión esencial de la calidad asistencial. En el año 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” con la finalidad de “lograr mejoras importantes para la seguridad de los pacientes en todos los países del mundo”, haciendo un llamamiento a favor de que la seguridad del paciente se abordara como

⁵ **Eventos adversos:** incidentes de seguridad que producen daño al paciente, siendo este daño no intencionado y no esperado. Los eventos adversos deben distinguirse de los **incidentes sin daño:** incidentes de seguridad que o bien no llegan al paciente, o bien alcanzan al paciente pero no le provocan ningún daño.

⁶ **Cultura de seguridad:** conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta de personas y colectivos, que determinan su compromiso y sus habilidades respecto a la gestión de la seguridad.

⁷ **Fallos del sistema:** defectos o disfunciones de los métodos operativos, los procesos o las infraestructuras de una organización, que pueden ser evidentes o pasar inadvertidos.

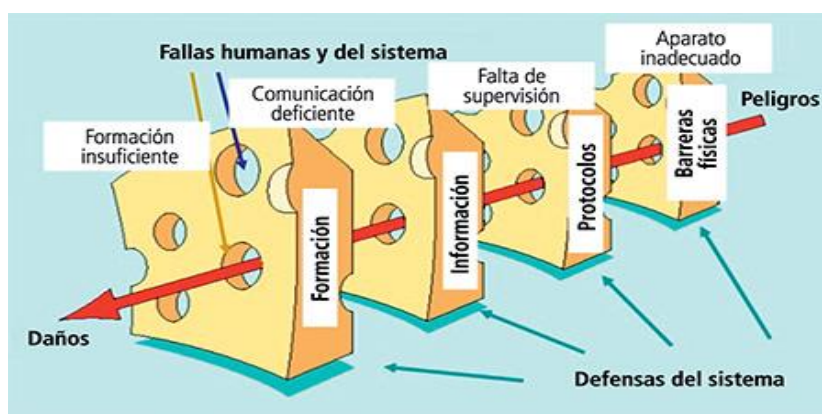
⁸ **Errores humanos:** fallos no intencionados cometidos por cualquier profesional que interviene en el proceso asistencial, ya sea por no llevar a cabo una acción planificada (error por omisión) o por aplicar un plan incorrecto (error por comisión).

una “prioridad de Salud Pública”. Así, los gobiernos y las instituciones sanitarias internacionales situaron la seguridad del paciente entre sus prioridades de política sanitaria. En 2006 el Consejo de Europa instó a los diferentes países a desarrollar políticas, estrategias y programas para mejorar la seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias (Council of Europe, 2006).

2.2. TEORÍA DE LA CAUSALIDAD DE LOS INCIDENTES EN EL ÁMBITO SANITARIO.

El modelo teórico que mejor explica por qué se producen fallos o errores en el sistema sanitario, y de qué depende que éstos lleguen o no a afectar al paciente, es el basado en la “*Teoría del queso suizo*” (Reason, 1990 y 1997). Aunque este modelo fue propuesto en 1990 por Dante Orlandella y James Reason, de la Universidad de Mánchester, para explicar la causalidad de los fallos o errores y para ayudar al análisis y gestión de riesgos⁹ en ámbitos como la aviación, la ingeniería y la industria nuclear, posteriormente ha tenido una amplia aceptación en el ámbito sanitario a nivel mundial, sigue plenamente vigente en la actualidad y se conoce como “*Modelo del queso suizo de Reason*” Se trata de un modelo sencillo pero gráficamente muy ilustrativo, que ayuda a entender por qué las cosas pueden salir mal en cualquier sistema “de producción” (Reason, 2000).

Figura 1. Modelo del queso suizo de Reason.



Fuente: Reason, 2000.

Para su correcta aplicación hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- 1) Un sistema es un conjunto de partes que interactúan entre sí. Para su adecuado funcionamiento se requiere que las diferentes partes que lo componen interactúen de forma precisa y coordinada.
- 2) Los sistemas complejos y, por tanto, de alto riesgo de generación de fallos o errores en la interacción entre sus partes, disponen de una serie de barreras de defensa¹⁰ (cada barrera se representa como una loncha de queso) para detectarlos y evitar su progresión.

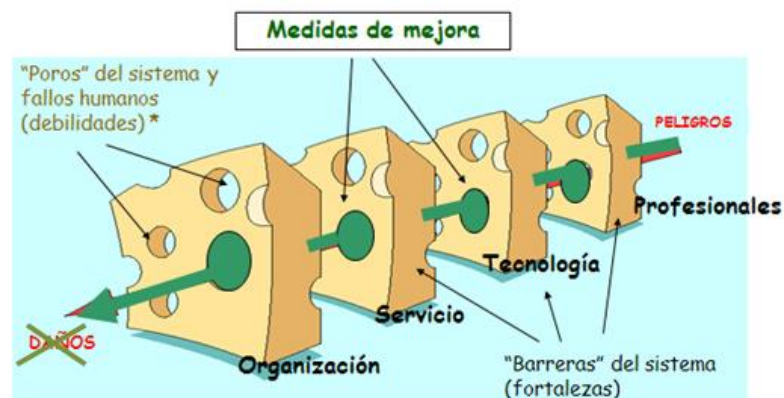
⁹ **Gestión de riesgos:** conjunto de herramientas, procedimientos y acciones dirigidas a identificar y analizar los factores y situaciones de riesgo de generación de fallos o errores en el sistema sanitario, así como a estudiar la progresión de dichos fallos o errores hacia la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir su aparición o mitigar sus consecuencias.

¹⁰ **Barreras de defensa:** acciones o elementos que impiden o dificultan la progresión de los fallos o errores, de forma que no pueden ni asociarse a otros distintos ni ser la causa de nuevos fallos o errores, quedando así bloqueada la trayectoria de oportunidad del incidente.

- 3) Las barreras de defensa no son perfectas, sino que tienen debilidades (los agujeros en las lonchas del queso simbolizan las debilidades en partes individuales del sistema y están variando continuamente en tamaño y posición a través de los cortes).
- 4) En un sistema se pueden producir diferentes tipos de errores o “fallas”: los propios del comportamiento humano (errores activos) y los errores estructurales del diseño de los procesos (factores o errores latentes)
- 5) Para que se produzca un accidente no es suficiente con que se genere un solo fallo o error. Conforme a este modelo, los accidentes se producen cuando cierto número de factores permiten que ocurran, es decir, cuando se encadenan diferentes fallos o errores: cuando un agujero en cada loncha se alinea momentáneamente con el resto, permitiendo la trayectoria de oportunidad de accidente (un peligro pasa a través de los agujeros en todas las lonchas).
- 6) Cada uno de los fallos es necesario pero no suficiente para quebrar las defensas del sistema. Por eso este modelo se llama también “*modelo del efecto acumulativo*”.

Por lo tanto, los accidentes se producen por una combinación de condiciones latentes (fallos del sistema) y activas (errores humanos), donde los fallos del sistema actúan como catalizadores de los errores humanos y, a su vez, los errores humanos ponen de relieve las condiciones de inseguridad que subyacen en el sistema.

Figura 2. Bloqueo de la trayectoria de oportunidad del incidente.



Fuente: Elaboración propia. A partir de: Reason, 2000.

Las claves del éxito de este modelo, y el hecho de que actualmente siga siendo ampliamente utilizado para en análisis y gestión de riesgos en el ámbito sanitario, son fundamentalmente tres:

- Que considera que los fallos latentes precipitan los errores de las personas, por lo que busca fortalecer las barreras de seguridad¹¹ del sistema asumiendo que los seres humanos somos falibles (y que, incluso en las mejores organizaciones, cometemos errores) frente al enfoque personal o de culpabilización de los profesionales (los errores los cometen las personas “torpes” o “que prestan poca atención”, por lo que se presiona a los profesionales para que cambien su actitud)

¹¹ **Barreras de seguridad:** acción o circunstancia que reduce la probabilidad de que un fallo o error pase desapercibido y, por tanto, de que se produzca un accidente (incidente de seguridad).

- Que distingue entre errores humanos y fallos del sistema y ayuda a conocer la relación entre ellos, con el fin de facilitar su abordaje (análisis y gestión reactiva¹² de los accidentes)
- Que permite visualizar los riesgos y adelantarse a situaciones de posibles accidentes (análisis y gestión proactiva¹³ de los riesgos).

2.3. PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN SU SEGURIDAD: *iniciativas propulsoras.*

Las estrategias enfocadas a la participación de los pacientes¹⁴ en todo lo relativo a su salud están experimentando un gran desarrollo en los últimos años, debido a que la evidencia disponible sugiere que su participación activa conlleva mejores resultados en salud (Epstein y Street, 2011; Hibbard y Greene, 2013), mejora el nivel de calidad y seguridad de la asistencia (Coulter y Ellins, 2007; Longtin et al., 2010), y ayuda a la eficiencia y al control del gasto asociado a la atención sanitaria (Charmel y Frampton, 2008). A continuación se presentan algunas de las iniciativas que han contribuido a que el potencial del paciente como agente¹⁵ activo en su seguridad comience a ser visibilizado.

2.3.1. *Iniciativas propulsoras de la participación del paciente en su seguridad A NIVEL INTERNACIONAL*

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004, con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. Esta alianza impulsó posteriormente la iniciativa “Pacientes en Defensa de su Seguridad”, tras detectar que los pacientes (y sus familiares o cuidadores) pueden percibir y reconocer tanto las situaciones de riesgo como los fallos o errores que se pueden dar en el ámbito sanitario y que los profesionales a veces pasan por alto (OMS, 2005). El objetivo principal de esta línea de acción, que pone el acento en el importante papel que pueden desempeñar los pacientes y usuarios para mejorar la calidad y seguridad de la atención médica en todo el mundo, es la movilización de los pacientes como agentes en la sensibilización y movilización de otros pacientes (y ciudadanía en general) para que participen a favor de su seguridad. La iniciativa se basa en que “tanto los pacientes - a título individual -, como los líderes de asociaciones y federaciones de pacientes - en representación de un colectivo de pacientes -, están capacitados en base a sus propias experiencias para participar activamente y también para involucrar a otros pacientes y a las instituciones sanitarias en el desarrollo de acciones para que el tipo de incidente en el que se han visto envueltos no vuelva a ocurrir”. En esta

¹² **Gestión reactiva:** estudio y abordaje de los factores que han desencadenado un incidente o un evento adverso, para aprender de lo sucedido y establecer las medidas de mejora dirigidas a evitar su repetición y/o a reducir su impacto.

¹³ **Gestión proactiva:** estudio y abordaje de los factores o situaciones de riesgo de generación de fallos o errores, para intervenir antes de que se produzcan, minimizando así la probabilidad de ocurrencia de un incidente o un evento adverso.

¹⁴ **Participación de los pacientes:** proceso que permite a los pacientes, así como a sus familiares y/o cuidadores, tomar parte en las decisiones relacionadas con su salud y actuar, contribuyendo a través de su experiencia a la mejora de la asistencia sanitaria.

¹⁵ **Agente:** persona, objeto o sustancia que actúa para producir cambios.

misma línea se incluyen los sistemas de notificación, considerando a los pacientes como posibles notificantes. De hecho, aunque aún no es una práctica muy extendida, algunos países ya disponen de sistemas para recibir notificaciones de incidentes de seguridad por parte de los pacientes, como el National Reporting and Learning System de la National Patient Safety Agency (NPSA) de Reino Unido y el sistema de notificación de errores de medicación del Institute for Safe Medical Practices (ISMP) de Canadá. Estas iniciativas se fundamentan en que los pacientes pueden añadir una valiosa información, complementaria a la que aportan las notificaciones de los profesionales sanitarios.

Otro tipo de prácticas, que están adquiriendo una extensión y un auge especial, son las guías y recomendaciones para promover la participación de los pacientes en la prevención de incidentes de seguridad. Muchas de ellas se enfocan al uso seguro de la medicación, puesto que los problemas relacionados con la medicación constituyen la primera causa de incidentes de seguridad, tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria. Algunos ejemplos son las iniciativas de la Agency for Health Research and Quality (AHRQ, 2011) con un amplio repertorio de guías para pacientes, entre las que destaca el documento “20 consejos para ayudar a prevenir los errores médicos”. Pero también hay otras propuestas dirigidas a educar a los pacientes sobre los riesgos de la asistencia sanitaria en general, como la iniciativa de la Joint Commission “Speak up!”, que sugiere a los pacientes y cuidadores una serie de preguntas que pueden realizar durante el proceso asistencial para mejorar su seguridad (Joint Commission, 2002), el documento “10 recomendaciones para obtener servicios de salud más seguros” del Australian Council for Safety and Quality in Health Care (ACSQHC, 2005) y la “Consumer Guide to Adverse Health Events” del Departamento de Salud del Estado de Minnesota en la que, por ejemplo, en el apartado ‘¿Qué deben hacer en el hospital por mi seguridad?’ se indica y aconseja a los pacientes sobre una serie de actividades con reconocida influencia en la aparición de incidentes a las que deben estar atentos, y que son a la vez aspectos fácilmente detectables por los pacientes (MDH, 2009).

2.3.2. Iniciativas propulsoras de la participación del paciente en su seguridad A NIVEL NACIONAL

Algunos antecedentes relevantes a nivel nacional son la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes (Fundació Biblioteca Josep Laporte, 2003), resultante del trabajo realizado entre pacientes, representantes de organizaciones y asociaciones de pacientes y profesionales sanitarios de todo el Estado español, y la Declaración y compromiso de los pacientes por la Seguridad en el Sistema Nacional de Salud, realizada en Madrid por pacientes y asociaciones de pacientes (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

El objetivo de la Declaración de Barcelona fue “la obtención de información sobre la visión y vivencias de los pacientes” en los seis temas de interés priorizados: necesidades de información; implicación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas; comunicación y relación médico-paciente; accesibilidad del paciente a la asistencia sanitaria; participación de los pacientes en las políticas sanitarias, y derechos de los pacientes.

En la Declaración y compromiso de los pacientes por la Seguridad firmada en Madrid, ciudadanos y pacientes defienden “la seguridad como un derecho básico en el que queremos implicarnos para conseguir una mayor calidad de la asistencia sanitaria” y reclaman que “la Seguridad del Paciente sea una prioridad en las políticas y acciones del SNS”. En ambas iniciativas se reivindica la necesidad de desarrollar acciones e intervenciones dirigidas a fomentar la participación activa de los pacientes para contribuir tanto a su propia seguridad como a la movilización de otros pacientes en este

sentido, y para aportar información relevante que permita identificar áreas de mejora en el sistema (por ejemplo, a través de la notificación de incidentes de seguridad).

Otro proyecto destacable a nivel nacional ha sido la creación de la Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2009). Es una iniciativa de carácter formativo, impulsada por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, que tiene como objetivo lograr la participación activa de pacientes y ciudadanía en las políticas de Seguridad del Paciente. A través de una estrategia de “formación de formadores” se propone desarrollar actividades formativas dirigidas a pacientes, asociaciones de pacientes y ciudadanía en general, interesadas en difundir la Seguridad del Paciente.

Más recientemente, la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015) incluye la “Participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad” como una línea estratégica específica para promover la participación de los pacientes y sus cuidadores en la seguridad del proceso asistencial. Entre los objetivos específicos de esta línea de acción están los siguientes:

- Promover que los pacientes reciban información completa y comprensible sobre su proceso asistencial y los riesgos que conlleva, facilitando la toma de decisiones compartida con los profesionales sanitarios.
- Formar y activar a pacientes, familiares y cuidadores en aspectos relacionados con los cuidados de la enfermedad y con los riesgos que conlleva la atención sanitaria y su prevención.
- Fomentar la participación activa de pacientes, familiares y cuidadores en aspectos relacionados con la seguridad del paciente en sus contactos con el sistema de salud.

Sin embargo, en este mismo documento, dentro de la línea dirigida a la investigación en seguridad del paciente no se incluye la participación de los pacientes y de la ciudadanía como un área específica a desarrollar. Del mismo modo que, por el momento, tampoco se incluyen estrategias para la participación de la ciudadanía, pacientes y cuidadores en aspectos relativos a seguridad clínica, en la Red Nacional de Escuelas de Salud para la ciudadanía (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

2.3.3. Iniciativas para promover la participación del paciente en su seguridad EN EUSKADI

En Euskadi, la Ley de Ordenación Sanitaria (Gobierno Vasco, BOPV nº 138, 1997) destaca la ***participación ciudadana*** como uno de los principios informadores del Sistema Sanitario Público Vasco, y que es preciso incorporar como sello de identidad del mismo, junto al resto de características que lo identifican: universalidad, solidaridad, equidad, calidad y eficiencia. Igualmente, tanto en las Líneas Estratégicas del Departamento de Salud del Gobierno Vasco propuestas para 2013-2016 (Gobierno Vasco, Departamento de Salud, 2013), como en las Líneas Estratégicas y Planes de Acción de Osakidetza 2013-2016 (Osakidetza, 2013), se señalan la ***participación ciudadana*** y el ***empoderamiento¹⁶ del paciente***, respectivamente, como una prioridad.

¹⁶ **Empoderamiento:** proceso por el cual se aumenta la fortaleza de las personas para impulsar cambios beneficiosos para el grupo o colectivo al que pertenecen, en las situaciones en las que viven.

En la Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza 2013-2016 (Osakidetza, 2013), la **implicación de la ciudadanía a favor de su propia seguridad en el ámbito sanitario** es una línea de acción específica, dentro de la cual se ha desarrollado una **campaña de sensibilización ciudadana (Anexo I)**, que ha sido reconocida como una iniciativa pionera en el Estado e innovadora en este campo. Dirigida a la población general, esta campaña tiene por objetivo que las y los pacientes tomen conciencia del importante papel que pueden desempeñar a favor de su seguridad, y promover su participación activa en este sentido. La campaña surgió como iniciativa de los referentes de seguridad de las organizaciones de Atención Primaria de Osakidetza, y está enfocada a tres de las principales áreas de riesgo detectadas: la identificación del paciente, la transmisión de la información y diferentes aspectos relativos al tratamiento farmacológico. Bajo el eslogan *“Cuidamos tu seguridad, échanos una mano”* y a través de la imagen de la palma de la mano, se muestran cinco mensajes breves y fáciles de recordar, un mensaje por cada uno de los dedos de la mano: *“identifícate”*, *“comprueba que los documentos que te entregan están correctamente identificados”*, *“conoce tu tratamiento”*, *“si eres alérgico hazlo saber siempre”* y, por último, *“no te quedes con dudas”*.

A finales de 2014 se publicó el Libro Blanco de Democracia y Participación Ciudadana para Euskadi (Gobierno Vasco, 2014), como punto de partida para fomentar la implicación de la ciudadanía en la gestión de las políticas públicas, argumentando que *“una gobernanza eficaz implica establecer procesos de gestión más horizontales, trabajar en equipo con otras instituciones, e incorporar e implicar a la ciudadanía (y a los actores sociales relevantes) en el proceso de decisiones públicas”* y que *“la participación ciudadana es uno de los componentes principales para esta nueva gobernanza”*. El apartado 3.2.1 aborda específicamente el *Ámbito Salud* señalando que: *“La salud es un derecho individual pero también una responsabilidad colectiva que debe encaminarse entre otros aspectos hacia la consolidación de un sistema sanitario de calidad que apueste por la prevención y fomente una cultura de salud. La participación ciudadana puede ayudar en la identificación de prioridades, en la monitorización y evaluación de los servicios públicos. Pero también puede ser de gran valor para defender y trazar los límites de los principios que deben asentar el sistema de atención: universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad”*.

Paralelamente, en la reciente actualización de la Declaración de Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi (Gobierno Vasco, BOPV nº 174, 2015) se han incluido nuevos valores a impulsar, para adecuar las prestaciones a las necesidades actuales de la ciudadanía, como son: autonomía, sostenibilidad, protección de las personas más vulnerables, seguridad clínica, etc. Y, específicamente, en el artículo 4 se incluye el ***“derecho a la seguridad clínica y la necesidad de disponer de los mecanismos adecuados de detección y prevención de riesgos que conlleva la atención sanitaria”***.

2.4. PROPUESTAS METODOLÓGICAS PARA INVOLUCRAR AL PACIENTE EN LA SEGURIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA: *en busca de la evidencia.*

Aunque en los últimos años se han desarrollado múltiples iniciativas para involucrar a los pacientes en la prevención de errores durante la asistencia sanitaria, todavía se conoce poco sobre su viabilidad y su efectividad, tal y como concluyen la mayoría de los estudios publicados hasta el momento, que destacan la necesidad de: 1) desarrollar y evaluar estrategias metodológicas y propuestas específicas para involucrar a pacientes en su propia seguridad; 2) medir los resultados, para poder comparar las diferentes intervenciones y conocer que métodos son más útiles para activar y empoderar a los pacientes; 3) incluir detalles sobre las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes participantes, para dirigir las intervenciones de forma específica a quienes más las necesitan, y 4) valorar el coste económico, para conocer la rentabilidad de los diferentes tipos de intervención y considerar el coste oportunidad de las mismas.

A continuación se presentan los resultados y conclusiones de algunos de los principales estudios de revisión realizados para conocer la evidencia disponible sobre la participación de los pacientes en su seguridad.

En 2010 David Schwappach, de la Fundación Suiza para la Seguridad del Paciente, publicó los resultados de una revisión sistemática que evaluaba críticamente la literatura existente (entre 1996 y 2008) sobre las actitudes de los pacientes hacia la participación en la prevención de errores y sobre la efectividad de los esfuerzos dirigidos a incrementar la participación de los pacientes en este sentido. De las 21 publicaciones seleccionadas, 13 eran estudios basados en cuestionarios realizados a pacientes para valorar sus percepciones y actitudes, y solamente se identificaron 8 estudios que evaluaban diferentes tipos de intervenciones educativas específicamente dirigidas a activar a los pacientes en aspectos relativos a su seguridad (siendo también los cuestionarios la herramienta utilizada para valorar los resultados de dichas intervenciones). El autor concluye que, aunque en general los pacientes muestran una actitud positiva hacia la participación en programas para mejorar su seguridad, algunos estudios han encontrado reticencias a la participación por parte de los pacientes si ello supone un comportamiento que pueda parecer conflictivo para los profesionales sanitarios, y que son necesarias más investigaciones sobre los resultados de las grandes campañas educativas, porque no hay datos sobre su efectividad o relación coste-beneficio. Así mismo, señala que aunque parece necesario continuar realizando esfuerzos para promover la participación del paciente en seguridad, es evidente que existe una falta de estudios rigurosos que evalúen el efecto de tales esfuerzos en cuanto a los resultados en el nivel de seguridad. Por último, destaca que la evidencia disponible parece indicar que las intervenciones que promueven un cambio de comportamiento y aquellas que se implementan en entornos clínicos son las más exitosas.

En 2012 Carole Doherty y Charitini Stavropoulou realizaron una revisión sistemática de estudios (publicados entre 1999 y 2011) sobre iniciativas para involucrar a los pacientes en su seguridad y sobre las perspectivas de los pacientes acerca de participar activamente en la seguridad de su atención. A través de esta revisión las autoras identifican tanto los factores que favorecen como los que disuaden a los pacientes de estar dispuestos y ser capaces de participar activamente en la reducción de errores clínicos. Mediante el análisis de contenido de los 68 estudios seleccionados, buscan construir una explicación de por qué, cuándo y cómo es más probable que los pacientes

participen activamente en su seguridad, explorando tanto las actitudes como las habilidades. Los hallazgos muestran que los principales factores para involucrar a los pacientes en su propia seguridad se engloban en cuatro categorías: factores relacionados con la enfermedad; características socioculturales individuales del paciente; tipo de relación médico-paciente, y factores organizacionales. Las autoras concluyen que la enfermedad y la percepción de los pacientes de su papel y situación, como subordinados a los profesionales sanitarios, son los factores que más dificultan su participación en la reducción de errores durante la asistencia sanitaria.

En 2013, *The Health Foundation* publicó el trabajo “*Evidence scan: Involving patients in improving safety*” en el que se exponen los resultados de la revisión de 75 estudios empíricos que versan sobre este tema, procedentes de cinco bases de datos de investigaciones científicas, que fueron exploradas en septiembre de 2012. Las conclusiones de este trabajo indican que existe evidencia de que los pacientes pueden ayudar a salvaguardar su propia seguridad y a promover cambios para mejorar la calidad de la asistencia, y señalan las formas en que los pacientes pueden ser involucrados en seguridad. Así, la evidencia encontrada describe que los pacientes pueden participar en la mejora de la seguridad mediante estos tres tipos de abordaje:

- Aportando información de forma retrospectiva sobre temas de seguridad del paciente (32 de los estudios identificados trataban sobre este tema). Las herramientas más frecuentemente utilizadas han sido cuestionarios y encuestas sobre incidentes de seguridad, porque el grado de implantación de los sistemas de notificación de incidentes de seguridad para pacientes es muy limitado aún.
- Involucrando a los pacientes en la planificación de la mejora continua de los servicios sanitarios (sobre este aspecto el grado de evidencia es menor, ya que solo en 9 de los estudios examinados versan sobre esto). Los modos más comunes para trabajar este abordaje han sido incluir a los pacientes en comités y órganos de decisión de las organizaciones sanitarias, y en grupos de trabajo para la elaboración de cuestionarios prospectivos para promover el cambio.
- Desarrollando iniciativas para ayudar a los pacientes a adoptar un papel activo en su propia seguridad (la mayor evidencia disponible se centra en este abordaje, con 34 estudios disponibles). Algunos ejemplos de este tipo de enfoque son el uso de campañas educativas, folletos, cartelera y vídeos que animen a los pacientes a tomar medidas en aspectos concretos y específicos que tienen que ver con su seguridad durante el proceso asistencial.

En base a todo o anteriormente expuesto, podemos decir que existe una amplia variedad de estudios sobre iniciativas y propuestas para involucrar a los pacientes en la mejora continua de la seguridad clínica, pero se necesitan más investigaciones que evalúen los resultados de intervenciones específicamente dirigidas a promover la agencia del paciente como barrera de seguridad frente a los fallos o errores, y que aporten luz sobre cuáles son las estrategias y herramientas metodológicas más adecuadas para conseguirlo.

2.5. NECESIDAD DE INCORPORAR AL PACIENTE COMO BARRERA DE SEGURIDAD.

Una vez realizada la revisión de los antecedentes y del estado de conocimiento actual sobre la participación de los pacientes, conviene matizar que se pueden considerar *dos ámbitos o campos de actuación*: por un lado, el relativo a la participación activa de los pacientes en el proceso asistencial, en general; y por otro, el referente a la implicación y a las posibilidades de participación de los pacientes en su seguridad, en particular.

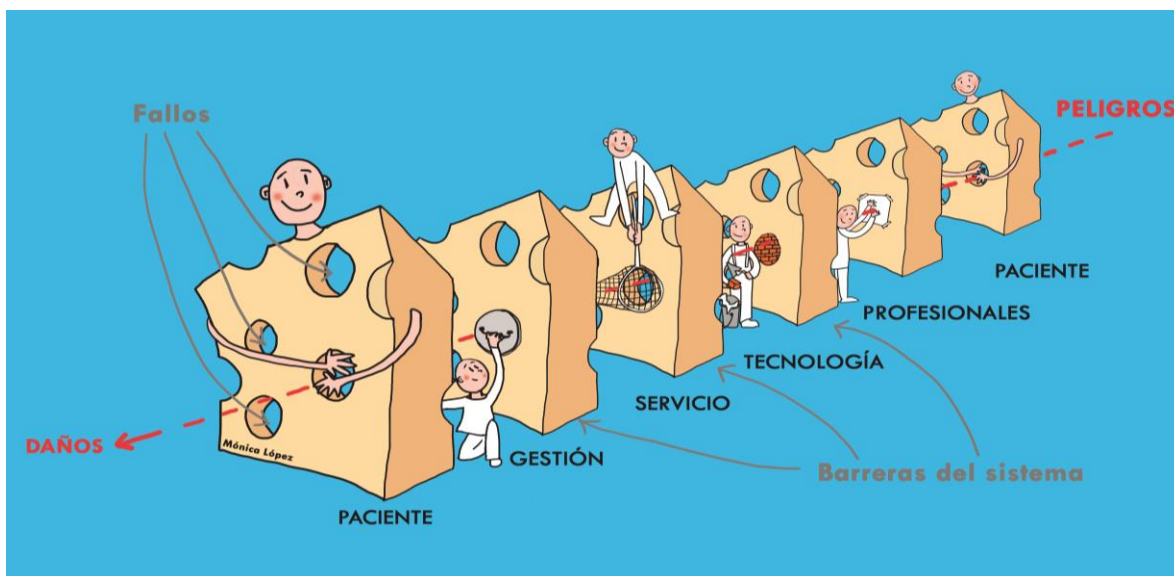
- Cada vez está más clara y asumida, por parte de los profesionales y las organizaciones sanitarias, la necesidad de que los pacientes participen en el proceso asistencial. Y también los pacientes parecen estar cada vez más preparados y dispuestos a ello. Las ventajas de involucrar al paciente en el proceso asistencial son muchas y están bien demostradas: desde mejorar la adecuación de las prestaciones a las necesidades reales de la ciudadanía hasta aumentar la confianza de los pacientes en el sistema y su nivel de satisfacción, pasando por la obtención de mejores resultados en salud. En este sentido, debemos tener en cuenta que “involucrar al paciente” no es solo promover su participación (responsabilidad) en la toma de decisiones. Se trata además de incorporar y tener en cuenta su perspectiva, sus opiniones y su conocimiento en base a su experiencia como usuario y receptor de las prestaciones sanitarias.
- En cuanto a la implicación de los pacientes en su seguridad, parece que las cosas no están aún tan claras: el espectro de posibilidades es muy amplio; existen diversos factores y circunstancias que determinan las actitudes y habilidades de los pacientes en este sentido y, como hemos visto, todavía se necesitan más investigaciones para conocer qué intervenciones pueden ser más efectivas y eficientes, además de viables, en condiciones reales. En cualquier caso, el fundamento para la promoción de la participación de los pacientes en seguridad sí parece estar bien definido: reconocer y aprovechar las experiencias y capacidades de los propios pacientes para ayudar a mejorar la seguridad de la asistencia. Es decir, se trata de contemplar la seguridad a través de los ojos del paciente porque él es quien puede tener la mejor visión de conjunto frente a la visión incompleta de los profesionales.

Debido a que el sistema sanitario es cada vez más complejo, con una mayor especialización y tecnificación, las dificultades para la coordinación entre las diferentes áreas y elementos que lo componen son también cada vez mayores. En este contexto sucede que, a menudo, tanto los pacientes como sus familiares y/o cuidadores captan situaciones de riesgo y localizan fallos o errores que los propios profesionales no son capaces de detectar, ya sea porque la carga de trabajo y/o las características de su puesto lo dificultan, o porque son fallos o errores cuyo origen se encuentra en otro nivel asistencial. Esto se debe a que, en general, los pacientes disponen de la mejor información tanto de su situación particular y los cambios en la misma, como del proceso global de la asistencia; y, por tanto, a veces disponen de más información que los profesionales que le están atendiendo de forma parcial.

Hasta ahora no se ha tenido en cuenta que los pacientes también son un elemento del sistema sanitario, y no sólo usuarios o beneficiarios de él. Es más, los pacientes son - o deberían ser - el núcleo del proceso asistencial, ya que son el único “elemento del sistema” que está presente en los diferentes ámbitos niveles y servicios asistenciales y, por tanto, ocupan una situación privilegiada para “vigilar” lo que está sucediendo e incluso para “alertar” de que algo no va bien en caso de sospecharlo o detectarlo. Se trata de incorporar la visión, los conocimientos y las experiencias de los pacientes para conseguir una atención más segura. En este sentido, la “Teoría del queso suizo

de Reason” aplicada al ámbito sanitario es una teoría incompleta, ya que contempla al paciente únicamente como receptor de las consecuencias de los incidentes de seguridad y no como parte integrante del sistema, cuando en realidad cada paciente puede ejercer su función de barrera al inicio, durante o al final del proceso asistencial.

Figura 3. Incorporación de la agencia del paciente como barrera de seguridad.



Fuente: Elaboración propia. Modificación de la “Teoría del queso suizo” de Reason.

Así, las posibilidades y ocasiones que tienen los pacientes para actuar como barrera de seguridad son potencialmente mayores que las de otras barreras o agentes como, por ejemplo, los profesionales. Mientras que los diferentes profesionales que atienden a un mismo paciente tienen una visión parcial del proceso asistencial, y generalmente solo pueden actuar desde una parte del sistema, los pacientes pueden ejercer su agencia como barrera de seguridad transversal, a lo largo de todo el proceso y casi en cualquier parte del sistema. Es cierto que los pacientes no pueden ejercer su agencia como barrera en todas las áreas o aspectos de la asistencia. Hay que tener en cuenta que para los pacientes hay ciertas partes del sistema que están ocultas o son inaccesibles. Por ejemplo, en un procedimiento quirúrgico, el paciente una vez sedado o anestesiado estará adormilado o inconsciente y sus posibilidades de participación quedarán mermadas o anuladas. Pero, excluyendo las “zonas de penumbra”, las posibilidades que tiene el paciente para actuar como barrera de seguridad durante el resto del proceso asistencial, suponen un área de mejora tan prometedora como poco explorada.

Por lo tanto, dado el escaso conocimiento empírico existente sobre las posibilidades de activación de los pacientes para que actúen como barrera de seguridad, y con la premisa de que es necesario incorporar a los pacientes y el sistema debería favorecer su participación y potenciar el desarrollo de sus capacidades, **el quid de la cuestión es cómo activar a los pacientes para que participen en su seguridad**. Con la intención de responder a esta cuestión, se han definido los objetivos, las hipótesis y la metodología de este estudio de investigación.

3. OBJETIVOS E HIPOTESIS

3.1. OBJETIVOS

Objetivo general: examinar los efectos de una intervención educativa dirigida a mejorar el grado de activación del paciente para participar en relación con su seguridad en el ámbito sanitario, e identificar los factores que condicionan dicha participación.

Objetivos específicos:

- Conocer la situación de partida en la OSI Barrualde-Galdakao: realizar una aproximación a lo que los pacientes saben sobre “Seguridad del paciente”, explorar su actitud hacia esta materia y conocer el grado de activación pre-existente.
- Diseñar y desarrollar una intervención educativa audiovisual dirigida a activar a los pacientes y promover su participación como barrera de seguridad durante la asistencia sanitaria.
- Identificar los factores facilitadores y dificultadores de la participación de los pacientes en su propia seguridad (valorando tanto los conocimientos y actitudes de los pacientes como las posibilidades de participación que ofrece el sistema sanitario).
- Definir qué necesitan los pacientes para actuar como barrera de seguridad: definir cuál sería la situación ideal para la participación en seguridad, en qué circunstancias se produce la participación efectiva del paciente como barrera de seguridad.

3.2. HIPOTESIS

Hipótesis 1. Los pacientes son conscientes de que el ámbito sanitario es un entorno de riesgo, en el que se pueden producir errores, pero no están preparados para participar en su seguridad: no están activados para actuar y no son conscientes de su potencial papel como barrera de seguridad.

Hipótesis 2. Es posible mejorar el grado de activación de pacientes en su seguridad a través de una intervención educativa apoyada en material audiovisual, así como su capacidad para participar actuando como barrera de seguridad.

Hipótesis 3. Las personas de mayor edad están más capacitadas para participar porque acumulan experiencias previas de contacto con el sistema sanitario.

Hipótesis 4. El género influye tanto en las posibilidades de participación como en los resultados de la misma.

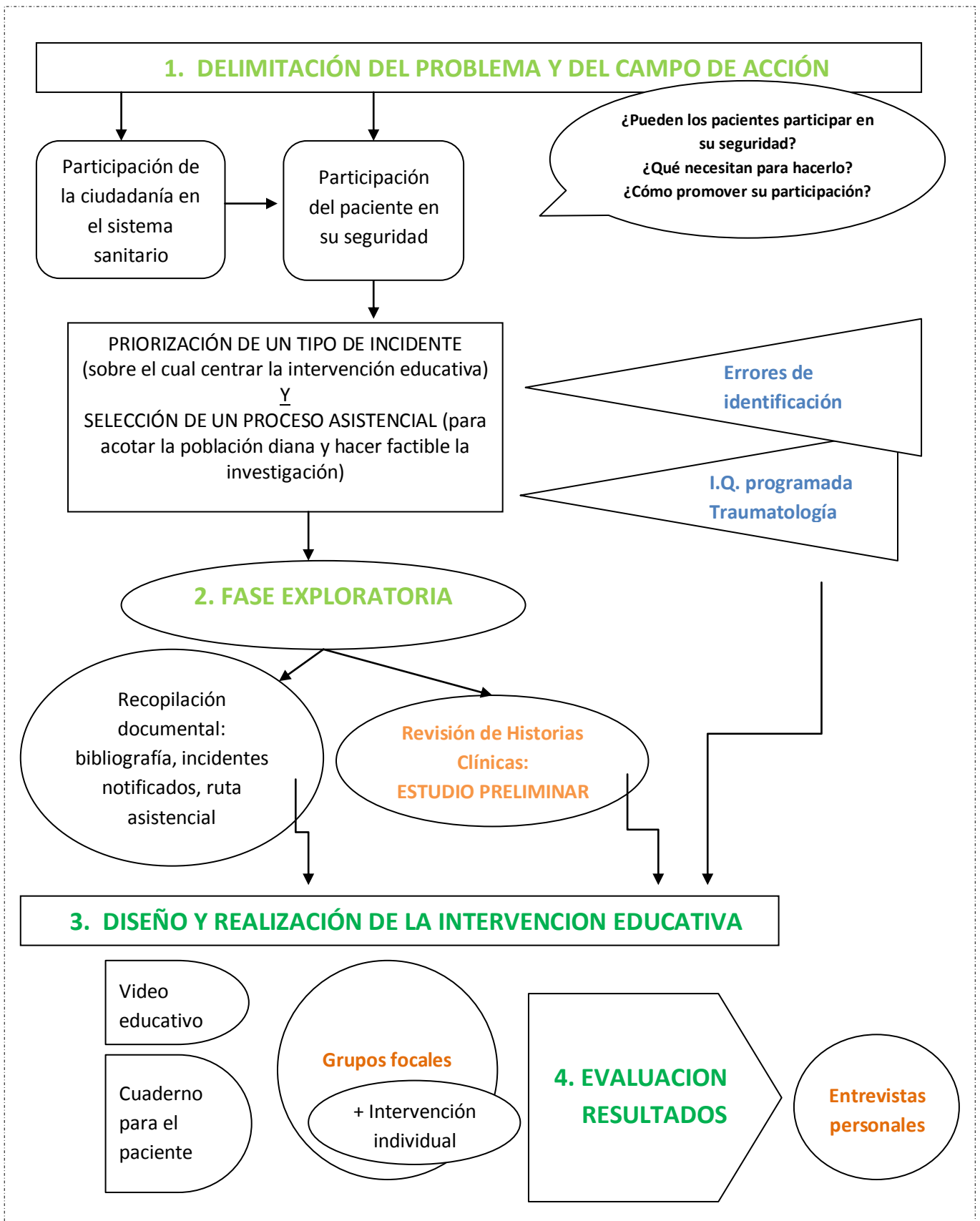
Hipótesis 5. Los pacientes con mayor nivel de estudios están más capacitados para actuar como barrera de seguridad y su participación es más efectiva.

Hipótesis 6. La actitud empática, el trato respetuoso y la existencia de una relación profesional-paciente previa son factores que facilitan la participación activa de los pacientes.

Hipótesis 7. El contexto en que se presta la atención sanitaria influye en el grado de participación de los pacientes, independientemente de cuál sea su nivel previo de activación y de capacitación.

4. METODOLOGIA

En el siguiente flujograma se muestra gráficamente cuál ha sido la estrategia utilizada para desarrollar la investigación y los pasos que se han seguido:



4.1. DELIMITACION DEL PROBLEMA Y DEL CAMPO DE ACCION.

Previamente a desarrollar una intervención educativa dirigida a concienciar y activar a los pacientes para que participen en su seguridad, se consideró oportuno seleccionar un tipo de incidente sobre el cuál incidir específicamente así como un proceso asistencial determinado, para acotar la población diana y hacer factible la intervención.

4.1.1. Priorización de un tipo de incidente de seguridad sobre el cuál involucrar al paciente.

El problema de seguridad o tipo de incidente priorizado fueron los *errores de identificación del paciente* (en adelante *EIP*). Se decidió seleccionar este tipo de error por su alta prevalencia en nuestro ámbito (es uno de los incidentes de seguridad más notificados en nuestro ámbito, después de los problemas relacionados con la medicación) y por su impacto o capacidad de causar daño (un EIP puede acarrear graves consecuencias para uno o, en caso de que se intercambien datos entre dos pacientes, para ambos pacientes al mismo tiempo). Otro de los motivos por los que se seleccionó este tipo de incidente de seguridad es que, tratándose de un aspecto de la asistencia sanitaria en el que los pacientes pueden intervenir fácilmente, sin embargo, no suelen hacerlo. A priori no parecen estar concienciados en que este tipo de error sea un problema en el ámbito sanitario. En algunos de los incidentes de seguridad notificados por los profesionales se describen situaciones en las que los pacientes acuden con documentos que no les corresponden, que les han sido entregados por error y no se han dado cuenta, lo que parece indicar que no tienen costumbre de comprobar la adecuación de los datos de identificación personal.

4.1.2. Selección de un proceso asistencial sobre el cuál desarrollar la intervención educativa.

Respecto al proceso asistencial sobre el que aplicar la investigación, se seleccionó la ruta asistencial *intervención quirúrgica programada del Servicio de Traumatología*, porque: 1) el periodo de tiempo desde que los pacientes entran en lista de espera hasta que son operados es largo y, por tanto, el margen de maniobra para captar a estos pacientes y realizar la actividad educativa a su entrada en la ruta asistencial es adecuado, 2) los pasos (momentos asistenciales) que deben seguir los pacientes en esta ruta están muy bien definidos, lo que permite diseñar el material educativo con unos mensajes homogéneos y útiles para todos los pacientes, independientemente del motivo por el que van a ser operados. Por lo tanto la población diana para la realización de este estudio fueron los pacientes que se encontraban incluidos en lista de espera para ser operados por el Servicio de Traumatología, y 3) se trata de un proceso asistencial que precisan muchas personas, lo que por un lado facilitaría el reclutamiento de pacientes y por otro, en caso de que los resultados de la investigación fueran positivos, el impacto de generalizar la intervención educativa sería mayor (es decir, serían muchos los pacientes que se beneficiarían de la implementación de esta práctica).

4.2. FASE EXPLORATORIA: ESTUDIO PRELIMINAR.

Siendo la finalidad de la actividad educativa concienciar a los pacientes sobre la importancia de su participación, tanto para evitar como para detectar los posibles EIP, el siguiente paso fue examinar mediante revisión documental las características de este tipo de error en el proceso asistencial seleccionado. Esta fase exploratoria nos permitió conocer bien los detalles del proceso asistencial y de los EIP originados durante el mismo. A este estudio, realizado previamente al diseño de la actividad educativa, le hemos llamado "**Estudio preliminar**".

4.2.1. Revisión documental: fuentes de información secundaria.

- Revisión de la literatura existente sobre aspectos relativos a: procedimientos de identificación de pacientes, criterios de identificación inequívoca de pacientes, prevalencia y tipología de errores de identificación, consecuencias de este tipo de error, aspectos relativos a la identificación correcta de la documentación clínica, etc.
- Análisis de los incidentes de seguridad del paciente notificados por los profesionales en el Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente¹⁷ (SNASP) en nuestra Organización Sanitaria Integrada¹⁸ (en adelante OSI). Del total de incidentes notificados en esta base de datos, se seleccionaron aquellos en cuyo origen había algún tipo de EIP (bien como causa principal o bien como factor contribuyente), y se realizó un estudio detallado de dichos incidentes.

4.2.2. Análisis y estudio de los EIP en el proceso asistencial seleccionado: información primaria.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, mediante auditoría de historias clínicas, con la finalidad de conocer la prevalencia y tipología de los EIP acontecidos en nuestro ámbito (OSI Barrualde-Galdakao). De los 1.836 pacientes intervenidos de forma programada por el Servicio de Traumatología durante el año 2014 que conforman la población a estudio, se extrajeron mediante secuencia de aleatorización 142 historias clínicas. El tamaño muestral fue calculado para una estimación previa de ocurrencia de EIP en nuestra organización en torno al 7% (en base a la información recabada del sistema de notificación de incidentes de seguridad del paciente). Así, para una población de 1873 episodios de IQ (algunos pacientes se operaron en ese año más de 1 vez), con una precisión del 4%, nivel de confianza del 95% y proporción aproximada de ocurrencia de EIP del 7%, el número de episodios que se debían de revisar se estimó en 144. La variable principal del estudio fue el número de EIP hallados en la documentación perteneciente al proceso seleccionado, teniendo en cuenta también posteriormente el tipo de error (ver más adelante la categorización de los diferentes tipos de EIP en base a su nivel de gravedad o potencial repercusión en la seguridad asistencial). Las variables independientes (descriptivas de la muestra) fueron: edad, género, tipo de patología por la que se indicó la operación (diferenciando posteriormente, en la fase de análisis de los datos, entre “prótesis de cadera o rodilla” y “otras intervenciones”), y necesidad o no de ingreso hospitalario.

El objetivo principal de este estudio fue conocer la prevalencia de los EIP en nuestro ámbito, mientras que los objetivos secundarios fueron conocer el tipo de EIP que se estaban dando así como los puntos críticos de generación de los mismos, para posteriormente diseñar una intervención educativa enfocada tanto a la prevención de este tipo de errores por parte de los profesionales, como a la detección y comunicación por parte de los pacientes.

¹⁷ **Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente:** base de datos en la que los profesionales pueden registrar, de forma anónima y voluntaria, los incidentes de seguridad que no han causado daño al paciente, con la finalidad de analizar las causas, aprender de lo ocurrido y proponer e implantar medidas de mejora para evitar la repetición de los incidentes.

¹⁸ **Organización Sanitaria Integrada:** estructura organizativa, conformada por centros hospitalarios y de Atención Primaria, para la prestación coordinada y no fragmentada de servicios sanitarios, con el objetivo de mejorar los resultados de salud en los pacientes mediante la integración de los procesos asistenciales.

Se examinó la ruta asistencial para determinar los documentos a revisar y el orden, en base al flujograma del proceso (**Anexo II. Flujograma proceso asistencial seleccionado**), y se elaboró una base de datos específica para este estudio, utilizando una hoja de cálculo de Excel. Se establecieron los criterios de identificación correcta e incorrecta para los datos que deben figurar en la documentación clínica. Del mismo modo se definieron también las categorías de clasificación de la calidad del registro de los datos de identificación del paciente, obteniéndose un total de 10 categorías. A su vez, estas categorías se agruparon en tres tipos de EIP, según la gravedad o repercusión que el tipo de EIP pudiera tener: EIP grave, EIP moderado y EIP leve (**Anexo III. Criterios de calidad del registro de los datos y clasificación tipos de error según gravedad**). Y, por último, se definieron las fases y el cronograma de realización del estudio (**Anexo IV. Fases del estudio preliminar**).

Una vez finalizado el diseño del estudio, se solicitó valoración y autorización al Comité Ético de Investigación Clínica de la OSI, antes de proceder a la revisión de las 142 historias clínicas.

4.3. DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ACTIVAR A LOS PACIENTES EN SU SEGURIDAD.

4.3.1. Diseño de la actividad educativa y edición del material utilizado.

Tras analizar los datos del estudio preliminar, se procedió al diseño y edición del material didáctico, incorporando: 1) el conocimiento adquirido sobre la ruta asistencial que siguen los pacientes que van a ser operados de forma programada por Traumatología, 2) la información recabada sobre los EIP que pueden aparecer durante dicho proceso y 3) el punto de vista y los conocimientos de una paciente previamente operada (tanto por Traumatología como por otros servicios). En esta fase del estudio solicitamos a una paciente que se incorporara al equipo de trabajo, para contar con sus aportaciones a la hora de diseñar el material educativo. La participación de esta paciente ha resultado clave para la elaboración del material didáctico porque su perspectiva, en base a sus experiencias, se ha incluido desde el inicio y también porque ella ha sido la protagonista de la historia que se muestra en el vídeo.

El material didáctico utilizado para la intervención educativa ha consistido en un vídeo y en un cuaderno de campo para entregar a cada paciente.

- A través del vídeo educativo se insta a los pacientes a que participen en la prevención y/o detección precoz de los errores de identificación, mostrando cuáles son los momentos claves para hacerlo (**Anexo V. Guion del vídeo educativo**). Concretamente se emiten dos recomendaciones o medidas de seguridad, a adoptar por parte de los pacientes: 1º) que se identifiquen aportando el DNI y/o la tarjeta sanitaria en los diferentes momentos del proceso asistencial, y 2º) que comprueben que los datos de identificación personal que figuran en la documentación son los suyos.
- Además se elaboró y entregó a cada paciente un cuadernillo (**Anexo VI. Cuaderno de anotaciones para el paciente**), a modo de recordatorio, con imágenes e indicaciones muy básicas y sencillas para actuar como barrera frente a este tipo de incidente de seguridad.

Tanto en el soporte audiovisual como en la información entregada por escrito, se ha intentado transmitir a los pacientes cuáles son los momentos clave en los que pueden y deben participar.

Se solicitó permiso para la divulgación del vídeo a todas las personas que aparecen en el mismo (**Anexo VII. Permiso de reproducción del vídeo**).

4.3.2. Reclutamiento de pacientes para participar en el estudio.

Una vez conseguidos los permisos correspondientes para el acceso a los datos de pacientes que necesitábamos, y con el material didáctico ya editado, se solicitó a la Unidad de Gestión Sanitaria la lista de espera quirúrgica de los pacientes del Servicio de Traumatología del Hospital Galdakao-Usánsolo, y mediante muestreo intencional se seleccionaron los pacientes adscritos al Centro de Salud Landako (UAP Durango). Para facilitar el desarrollo de la actividad educativa, los pacientes seleccionados estaban adscritos al mismo Centro de Salud. De esos 97 pacientes, a su vez, se seleccionaron aquellos que aún no habían sido valorados por Anestesia, es decir, se priorizó el reclutamiento de pacientes a los que les quedaba más largo recorrido en la ruta asistencial, estando conformada la muestra final por 36 pacientes. De cada uno de estos 36 pacientes se elaboró una ficha con sus datos de filiación, comprobando que el lugar de residencia actual seguía siendo Durango, y registrando también la edad y el teléfono de contacto.

Los criterios de inclusión han sido ser mayor de edad, tener como centro de referencia de atención primaria el Centro de Salud Landako, estar en lista de espera para operación programada de Traumatología y no haber pasado aún por consulta de Anestesia. No aplicamos otros criterios de exclusión. En general cuando se realizan estudios que requieren de la participación de los pacientes, se suelen aplicar criterios de exclusión relacionados con edad avanzada, limitación física o déficit cognitivo. En este caso se consideró que debíamos ofrecer las mismas oportunidades a todas las personas independientemente de estos factores y que, en todo caso, sería cada paciente (paciente-familiar-persona cuidadora) quien decidiera si quería o no participar en esta actividad; por ejemplo, en el caso de una persona con deterioro cognitivo que pudiera dificultar el aprendizaje y la participación, siempre sería posible dirigir la actividad educativa a la persona cuidadora o familiar que, al fin y al cabo, es quien está asumiendo la toma de decisiones y la responsabilidad de supervisar la atención y los cuidados que precisa el paciente durante todo el proceso asistencial.

La captación de los pacientes la realizamos por contacto telefónico, utilizando un guion previamente elaborado (**Anexo VIII. Guion llamada telefónica**) para que la información aportada a los pacientes fuera breve, pero suficiente, y lo más homogénea posible. Se estableció un umbral de tres llamadas por persona, para intentar dar igualdad de oportunidad, catalogando como “no responde” los casos en los que no hubo respuesta a tres llamadas telefónicas por día, intentándolo en dos días diferentes (máximo 6 llamadas por paciente). A las personas que iban aceptando participar, se les citaba en el Centro de Salud ofreciéndoles la posibilidad de elegir entre dos fechas, en días diferentes de dos semanas consecutivas, hasta conformar dos grupos, de 11 pacientes cada uno, teniendo en cuenta realizar una distribución heterogénea por género y edad.

Tabla 1. Resultados de la captación telefónica de pacientes para participar en el estudio.

Captación telefónica	Nº	%
Aceptaron participar	22	61,11
Rechazaron participar	6	16,67
No contestaron	5	14
Ya operados (ámbito privado)	2	5,56
Excluidos (reagudización patología PSQ)	1	2,78
Total	36	

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede apreciar, dos de los pacientes que figuraban en la lista de espera quirúrgica (ambos varones de edad comprendida entre 45 y 50 años), a los cuales llamamos para invitarles a participar en el estudio, ya habían sido operados en el sistema sanitario privado. Refirieron que, debido al largo periodo de tiempo que debían esperar para ser operados en el sistema público, y disponiendo de un seguro médico privado, decidieron utilizarlo para acelerar el proceso. Así mismo, aludieron haber encontrado muchas dificultades para comunicar al servicio correspondiente que ya habían sido operados y solicitar que les retiraran de la lista de espera en el sistema público, y que finalmente no habían conseguido realizar este trámite.

Por otra parte, durante el proceso de captación telefónica uno de los pacientes tuvo que ser excluido por presentar en aquel momento una agudización o recaída de su enfermedad mental crónica, lo cuál no le permitía poder participar con normalidad. Cabe destacar que, de no haberse producido esta reagudización o empeoramiento clínico, el hecho de presentar una enfermedad mental crónica no hubiera sido motivo de exclusión.

4.3.3. Intervención educativa grupal.

Para desarrollar la intervención educativa se optó por la realización de **grupos focales** por ser una técnica válida para establecer un primer contacto con diversos pacientes a la vez y, sobre todo, por su utilidad para generar interacción entre las personas participantes, contrastando diferentes opiniones y experiencias. La característica principal del grupo focal es “el uso explícito de la interacción para producir datos que serían menos accesibles sin la interacción en grupo” (García y Mateo, 2000: 115).

En este estudio hemos utilizado un vídeo como principal herramienta educativa y de activación de los pacientes (input) y al mismo tiempo ha servido de palanca para facilitar y promover el debate grupal (output) sobre el tema central de la investigación. Además queríamos conocer las opiniones de los pacientes sobre la inteligibilidad de los contenidos del video y obtener sus primeras impresiones sobre la utilidad práctica de esta modalidad de intervención educativa. Por tanto, los objetivos específicos a conseguir mediante la realización de los grupos focales en esta fase del estudio, han sido los siguientes:

- Realizar una aproximación a la situación real de partida, es decir, intentar conocer qué saben los pacientes sobre la seguridad del paciente y recoger las interpretaciones y actitudes que han tenido hasta el momento según sus experiencias previas.
- Conocer el punto de vista de los pacientes sobre las posibilidades de participación en seguridad (sobre dificultades para participación en proceso asistencial, sobre qué necesidades sentidas o percibidas por los pacientes no se suelen atender, etc.) y recabar sus ideas y/o aportaciones.
- Comprobar si los contenidos del vídeo educativo se entienden fácilmente y si los principales mensajes que se quieren transmitir son asimilados por los pacientes (testar la validez del vídeo como herramienta educativa, de cara a una futura extensión de la actividad educativa).
- Obtener información para mejorar tanto el diseño como los contenidos del material educativo, así como el modo de transmitir los mensajes, en base a la perspectiva y las necesidades expresadas por los pacientes.

El grupo focal como técnica de investigación cualitativa.

Los grupos focales, también llamados grupos de discusión o entrevistas de grupo focalizadas, son una técnica conversacional grupal de recogida de información con finalidad investigadora. Esta finalidad investigadora es lo que diferencia a los grupos focales de otras técnicas grupales utilizadas en el campo de la salud con otros fines, como los grupos de consenso, los grupos terapéuticos, los grupos de aprendizaje, etc.

Consiste en la realización de una entrevista a un grupo de personas con el objetivo de captar los discursos de un determinado estrato social, así como las creencias, los valores, los significados y las representaciones socioculturales que motivan el discurso sobre el tema investigado. La entrevista es dirigida por una persona que ejerce de moderadora estableciendo una serie de preguntas y estimulando la interacción entre las personas participantes. La interacción define la técnica de los grupos focales. Las participantes no solo responden a las preguntas, sino que pueden hablar libremente entre ellas, apoyarse, discrepar unas de otras,... es decir, se establece un debate alrededor de un tema focalizado.

La principal ventaja de esta técnica es que el proceso grupal enriquece las aportaciones individuales y ayuda a las personas a explorar y clarificar sus ideas. Además es un método más eficiente que las entrevistas individuales porque en 1 – 1,5 horas se puede obtener información de 7 – 10 personas. No obstante, también presenta algunas limitaciones que pueden condicionar su utilización. Por un lado, el número de preguntas se pueden plantear en una sesión grupal es limitado. Por otra parte, cuando el tema explorado es muy delicado (en general aspectos de la vida con importante connotación afectiva) la interacción puede coartar la participación.

En cuanto a la metodología y la planificación para la realización de los grupos focales (Juaristi, 2003), hay que tener en cuenta aspectos relativos a la formación de los grupos (número de grupos, tamaño, composición), la duración, la elección del lugar para su realización, los temas a tratar (la elaboración del guion de preguntas), y la selección y captación de los participantes.

El grupo focal lo constituyen un número limitado de personas: entre 4 y 10 participantes y un moderador. La mayoría de los autores señala que es necesario realizar como mínimo 2 grupos por “segmento” de población, para poder comprobar que los resultados que se obtienen en un grupo se ratifican en el otro.

La selección de la muestra se realiza en función del objetivo del estudio: ¿De qué grupos de personas queremos conocer sus opiniones en profundidad y entre cuáles queremos comparar, cualitativamente, sus opiniones? Es decir, el investigador debe seleccionar a aquellas personas que tienen las características de los perfiles que se van a estudiar y, entre ellas, a las que tengan más experiencia. La muestra debe tener una “estructura” similar a la de la población general, para que los resultados que se obtengan reflejen los diferentes puntos de vista sobre el tema investigado. Las personas que conforman la muestra van a representar a su población de referencia. Este tipo de muestreo, no basado en la probabilidad (la *muestra estructural* no tiene significación estadística), se denomina “muestreo sistemático”.

Aunque la duración de las entrevistas de grupo focalizadas puede variar entre 60 y 90 minutos, no interesa tanto fijar un límite de tiempo, sino terminar la reunión cuando se agota la información que surge del grupo sobre los temas a tratar. Esto es lo que se llama saturación de la información: el momento de la investigación en el que las opiniones de los participantes se repiten, son redundantes y hacer un grupo más no va a aportar información nueva.

Se han de cuidar al detalle los aspectos logísticos para generar un clima confortable y relajado en el que los participantes puedan expresarse cómodamente.

El guion de preguntas consiste en una lista de temas o cuestiones a tratar, que sirve para ayudar a recoger toda la información necesaria para responder a los objetivos del estudio. Para elaborarlo se realiza en primer lugar una lista de áreas temáticas – teniendo en cuenta los objetivos del estudio y la revisión de las fuentes de información secundaria – y a continuación se plantean, para indagar sobre cada uno de los temas seleccionados, una serie de cuestiones a plantear. Las preguntas deben ser pocas, claras y formuladas de forma abierta para permitir obtener información en profundidad de cada tema.

El contenido de las sesiones grupales ha de ser grabado y transcrito para su posterior análisis. Conviene que la transcripción sea literal y refleje de forma fidedigna las expresiones y matices utilizados por los participantes, porque se trabaja con la información que se expresa en los discursos y las conversaciones. El lenguaje es el “dato” a analizar, comprender e interpretar. Una vez registrada la información, se debe proceder al análisis. Para el análisis de la información de los grupos focales se siguieron las siguientes fases:

Tabla 2. Fases del análisis de la información obtenida de los grupos focales

1. Transcripción literal de las grabaciones	
2. Lectura preliminar de las transcripciones	
3. Descripción de las categorías:	a) Nombre de la categoría b) Descripción de la información que se va a incluir en esa categoría
4. Codificación del texto:	a) Dividir el texto en fragmentos (unidades de análisis básicas) b) Asignar a cada fragmento categorías temáticas
5. Análisis del contenido de las transcripciones:	a) Análisis del contenido de cada grupo focal b) Análisis del contenido de las categorías
6. Elaboración del informe final	

Fuente: García y Mateo, 2000.

Desarrollo de los grupos focales.

Los pacientes que estaban en lista de espera para ser operados de forma programada por el Servicio de Traumatología constituían la población diana a la que dirigir la intervención educativa audiovisual y, a la vez, de la cuál recoger sus impresiones y conocimientos sobre la “Seguridad del Paciente”. La información obtenida de fuentes secundarias y del estudio preliminar indicaba que las experiencias de los pacientes podían ser diferentes en función de la edad, el género, el nivel de

estudios y el hecho de haber sido operados o no previamente, así que estos fueron los criterios de segmentación aplicados a la hora de conformar los grupos.

Se realizaron dos grupos focales de 7 pacientes cada uno. A pesar de que, por motivos de diversa índole, algunos pacientes no pudieron acudir (de los 22 reclutados inicialmente para realizar dos grupos de 11 pacientes, finalmente no acudieron cuatro pacientes de cada grupo), creemos que el hecho de haber incluido la perspectiva de género en el diseño previo, ha influido positivamente en la obtención de una distribución equilibrada entre mujeres y hombres (relación 4:3) en ambos grupos (**Anexo IX. Ficha técnica grupos focales**).

Al inicio de cada sesión se explicaron los objetivos del estudio y el documento de consentimiento para participar en el estudio (**Anexo X. Consentimiento informado para participar en el estudio**). A continuación, y tras realizar una ronda de presentación de los participantes, se pasó a proyectar el vídeo, cuyos contenidos sirvieron para introducir la sesión y enmarcar el debate posterior. El cauce de las conversaciones se dirigió mediante un guion semiestructurado (**Anexo XI. Guion grupos focales**), planteando cuatro preguntas para: comprobar si se entendía el vídeo en general y si los pacientes asimilaban los mensajes que se pretendían transmitir, chequear el nivel de conocimientos y el grado de activación previos de los pacientes respecto a los EIP y explorar la intención de cambio hacia una actitud más activa en futuras ocasiones. Cada una de las cuestiones se debatió abiertamente por el grupo hasta saturar la información. Para comenzar el debate se planteó una pregunta general procurando que todos los participantes contestaran, y luego se fueron presentando cuestiones más específicas, sobre las que se estableció el debate. *Al final de cada sesión* se presentó un resumen con los diferentes puntos de vista y se solicitó nuevamente a todas las personas que expresaran su opinión o realizaran unas últimas aportaciones. La duración media de los debates fue de 55 minutos. Las conversaciones generadas en los grupos fueron grabadas, con la autorización de los pacientes, para facilitar su posterior transcripción y análisis.

Al finalizar las sesiones se agradeció la asistencia y la participación y se entregaron los siguientes materiales a cada paciente:

- una copia del consentimiento informado con un número de teléfono de contacto, para utilizar en caso de querer aclarar dudas o desear retirarse del estudio
- una copia del vídeo en un pendrive, para que pudieran volver a verlo en casa
- un cuaderno de campo o de anotaciones, para favorecer la recogida de información cualitativa basada en su experiencia personal durante el proceso asistencial.

Se pidió consentimiento a los pacientes para volver a contactar con ellos con el fin de entrevistarles personalmente, al final del proceso asistencial (aproximadamente al mes de la operación), y poder así recabar más información para evaluar los efectos de la intervención educativa. Esta proposición se incluyó también por escrito en el documento de consentimiento informado (**Anexo X. Consentimiento informado para participar en el estudio**). Además en este documento se incluye la posibilidad de que el paciente pueda retirarse, si así lo desea posteriormente a haberlo firmado, tanto para participar en los grupos focales como en las entrevistas personales. Todos los participantes aceptaron ser entrevistados personalmente al final del proceso.

4.3.4. Intervención educativa individual.

De forma complementaria a la actividad educativa grupal, se realizó una intervención educativa de forma individualizada para incluir a otros tres pacientes que, estando interesados en participar, no pudieron acudir a ninguno de los dos grupos focales realizados (**Anexo XII. Ficha técnica intervención individual**). A estos pacientes se les explicó personalmente en la consulta de Atención Primaria en qué consistía y cuáles eran los objetivos de la actividad educativa y se les entregó el vídeo en un pendrive, indicándoles que lo vieran (bien solos o bien en compañía de algún familiar) en su domicilio, así como el cuaderno de campo a modo de recordatorio de los aspectos más importantes a recordar y para que pudieran anotar incidencias o realizar las aportaciones que consideraran oportunas. Igual que al resto de participantes, se les entregó copia del consentimiento informado para participar en el estudio, con posibilidad de retirarse del mismo, si así lo desearan, en cualquier momento. También se les entregó un número de teléfono de contacto y se les ofreció la posibilidad de contactar con la investigadora principal en caso de tener dudas o precisar aclaración sobre cualquier aspecto relacionado con el material didáctico o con el estudio de investigación.

Esta modalidad de intervención educativa no estaba prevista en el diseño inicial del estudio, sino que se incorporó en esta fase para dar respuesta a una situación que surgió durante el desarrollo del mismo. En una investigación cualitativa, el diseño permanece abierto durante todo el proceso: es flexible e iterativo, de modo que permite redefinir o modificar algunos aspectos a medida que avanza la investigación. Se trata de no poner marcos e hipótesis cerradas de partida a la investigación:

El predominio de la voluntad inductiva, en el sentido de estar más pendiente de desarrollar el componente de descubrimiento, obliga a considerar los presupuestos de partida como provisionales y, por tanto, susceptibles de ser modificados en la medida en que avanza el proceso de investigación (Fernández de Sanmamed y Calderón, 2003: 227).

Por lo tanto, cuando diseñamos el estudio y comenzamos con el trabajo de campo, aún desconocemos gran parte de la realidad que se va a analizar. Al iniciar el trabajo de campo e ir adentrándonos en el contexto del estudio, puede ser necesario modificar algún aspecto del diseño, en función de la información y los resultados que se van obteniendo.

4.3.5. Análisis de la información obtenida durante la realización de la intervención educativa.

La información obtenida de los discursos surgidos durante los grupos focales se ha organizado y ordenado por áreas temáticas, en base a las preguntas realizadas de acuerdo a los objetivos planteados previamente. De este modo se ha facilitado el análisis de la información por contenido, mediante la segmentación del mismo en estas cinco áreas temáticas:

1. Valoración global de la comprensión del vídeo (claridad).
2. Comprobación de la utilidad del vídeo (principal herramienta educativa) para transmitir los mensajes deseados.
3. Exploración de conocimientos y actitudes previas de los pacientes respecto a los EIP.
4. Exploración de conocimientos y experiencias respecto a otros aspectos de seguridad del paciente (información emergente).
5. Intención de cambio hacia una actitud más activa en cuanto a participar en su seguridad.

4.4. EVALUACION DE LOS EFECTOS DE LA INTERVENCION EDUCATIVA.

Para evaluar si la intervención educativa ha tenido efectos en el nivel de activación y en la capacidad de participación de los pacientes a favor de su propia seguridad, se ha utilizado la técnica de las **entrevistas personales semiestructuradas**. Mediante esta técnica se ha obtenido información relevante sobre la experiencia y el aprendizaje de los pacientes durante el proceso asistencial seleccionado, pudiendo comparar las actitudes y los conocimientos “antes y después”. Además, también se ha recabado información de primera mano sobre los factores facilitadores y sobre los que dificultan dicha participación, desde el punto de vista de los propios pacientes.

4.4.1. Las entrevistas personales como técnica de investigación cualitativa.

La entrevista personal es una técnica conversacional de investigación cualitativa a través de la cual el entrevistador, mediante la formulación de preguntas abiertas, obtiene una información válida y profunda para entender la perspectiva y visión de la persona entrevistada. El objetivo de la entrevista es que la persona entrevistada traslade al entrevistador “dentro” de su mundo. El principio fundamental de la entrevista es crear un entorno en el cual la persona entrevistada pueda expresarse en sus propios términos y significados.

Según el grado de flexibilidad que se adopte, se distinguen tres tipos de entrevista personal (Patton, 1987; Ruiz, 1999; Juaristi, 2003):

- **Abierta:** los temas y las preguntas no están predeterminados, sino que surgen espontáneamente durante el desarrollo de la conversación, por lo que la información obtenida es muy variable entre los distintos entrevistados. En general, es el tipo de entrevista que se genera en estudios observacionales, puesto que la interacción conversacional surge durante la toma de contacto o aproximación del investigador a los sujetos, ámbitos o situaciones que se quieren conocer.
- **Semiestructurada:** los temas y las preguntas están decididos antes de la realización de la entrevista, y se utiliza un guion para asegurar que los aspectos más relevantes sean abordados. El entrevistador puede cambiar la secuencia y la formulación de las preguntas, así como profundizar en las respuestas. Este tipo de entrevistas obtiene una información más profunda ya que la flexibilidad de las preguntas facilita el estilo conversacional y permite la adaptación a las peculiaridades de cada persona entrevistada. Además la existencia de la guía de la entrevista ayuda a la ordenación y sistematización de los datos.
- **Estructurada:** la secuencia y formulación exacta de las preguntas está preestablecida. A todos los entrevistados se les formulan las mismas preguntas y en el mismo orden. Este tipo de entrevista obtiene información menos profunda ya que la formulación fija resta naturalidad a las preguntas y relevancia a las respuestas. Las ventajas que aporta es que la recogida de datos es completa en cada uno de los entrevistados y se facilita la comparabilidad de las respuestas y la organización y el análisis de los datos.

Las entrevistas personales semiestructuradas se utilizan cuando se requiere información sobre vivencias subjetivas, sucesos biográficos, valoraciones de hechos vividos u observados o cuando se desea obtener una visión más abierta de un conocimiento especializado diferente de la que pueda obtenerse mediante encuestas estandarizadas. Por lo tanto, para la **obtención de la información** el entrevistador no usa un cuestionario, sino un guion de temas a tratar en base a los objetivos e hipótesis de la investigación. El guion es diseñado con antelación a las entrevistas y en él se

incluyen preguntas abiertas, facilitando a la persona entrevistada que pueda explicar más a fondo aquellos temas o aspectos con los que se siente más a gusto. El entrevistador no lleva el control de la entrevista, sino la secuencia de los temas para intentar conseguir la información requerida. El número de preguntas formuladas para cada tema debe ser mínimo evitando interrumpir el flujo de la entrevista. Las preguntas deben ser claras y neutrales, evitando condicionar a la persona entrevistada. Deben estar ordenadas lógicamente y dirigirse hacia un solo tema. Se recomienda, así mismo, comenzar por aspectos más generales para ir llegando a los más específicos al final, y comenzar con una pregunta de acercamiento, fácil de contestar, dejando para el final los temas más espinosos o difíciles. Al final de cada uno de los temas conviene recapitular y realizar un resumen, presentándolo a la persona entrevistada para comprobar si hemos entendido bien y para dar paso al siguiente tema.

En cuanto al proceso de **registro de la información**, conviene grabar y transcribir cada entrevista, de la forma más literal posible, para facilitar el análisis posterior de los datos. Además es importante tomar notas al final de las entrevistas, con los aspectos observados por el entrevistador y sus impresiones sobre el desarrollo de la entrevista y sobre cómo estaba la persona entrevistada. Se recomienda realizar una ficha de cada entrevista que incluya el nombre del proyecto, duración de la entrevista, lugar, fecha, nombre de la persona entrevistada y adjuntar las notas del entrevistador.

Una vez obtenidos y registrados los datos, se debe proceder al **análisis e interpretación** de los mismos.

4.4.2. Aplicación y desarrollo de las entrevistas personales semiestructuradas.

Durante el primer contacto con los pacientes se les informó sobre el interés de entrevistarles de forma individual una vez finalizado su paso por el proceso asistencial seleccionado, y se solicitó consentimiento para ello. Todas las personas que participaron en la intervención educativa (de forma grupal o individual) dieron su consentimiento para ser entrevistadas, por lo que se contactó telefónicamente con cada paciente aproximadamente al mes de la operación, ampliando este periodo de tiempo en caso necesario, para concertar la entrevista. Se les ofreció la posibilidad de realizar la entrevista en el Centro de Salud o en el domicilio. Todos los pacientes optaron por acudir al Centro de Salud.

El objetivo de este segundo contacto con los pacientes ha sido concertar una cita para entrevistarles personalmente y obtener información relevante sobre la validez de la intervención educativa: detectar si se han producido cambios de actitud hacia un comportamiento más activo, si han seguido las recomendaciones en cuanto a participar activamente como barrera de seguridad durante el proceso asistencial y si han realizado las comprobaciones en los momentos clave indicados en el material educativo y sobre los que previamente se debatió durante las sesiones grupales (excepto los pacientes que no asistieron a ninguno de los grupos focales y recibieron el material educativo de forma individual). Para abordar todos estos temas se elaboró un guion de preguntas (**Anexo XIII. Guion entrevistas personales**) que sirvió como guía y recordatorio de los aspectos más relevantes a explorar durante el desarrollo de las entrevistas personales semiestructuradas. La duración media de las entrevistas fue de 45 - 60 min. Las entrevistas fueron grabadas, con la autorización previa de los pacientes, para facilitar el posterior análisis de la información.

Se han realizado 12 entrevistas personales, de las que 11 han sido grabadas y transcritas. Al final de cada entrevista se han registrado notas con las impresiones del entrevistador y estos datos se han incluido también en el análisis de contenido. Una de las entrevistas no pudo ser grabada por haberse producido de forma no programada en el contexto de una consulta médica de control. Se trata del caso particular de una paciente que, habiendo participado en la actividad educativa de forma individual al poco tiempo de entrar en el proceso asistencial seleccionado, no finalizó su paso por el mismo por no ser considerada candidata para operar por el Traumatólogo. Sin embargo, como se expone más adelante, esta paciente ha sido una de las que ha alcanzado un nivel de activación y empoderamiento mayor, lo cual apoya la validez de la intervención educativa independientemente del mayor o menor recorrido que tenga el paciente en la ruta asistencial correspondiente.

4.4.3. Análisis e interpretación de la información obtenida de las entrevistas personales.

La información obtenida tanto de los discursos surgidos durante las entrevistas personales como de las notas registradas al final de cada entrevista, más los datos obtenidos a través del cuaderno de campo entregado a los pacientes (y que algunos de ellos devolvieron cumplimentado), han conformado el conjunto de datos primarios a analizar e interpretar para determinar los resultados de la intervención educativa.

Una vez transcritas las 12 entrevistas se ha procedido al estudio de la información mediante el análisis clásico de contenido, facilitado por tratarse de entrevistas semiestructuradas o semi-dirigidas en base al guion. Se han segmentado las respuestas emitidas por los pacientes a cada cuestión, y luego se han vuelto a analizar conjuntamente. De este modo, cada una de las preguntas se ha considerado una categoría y esto ha facilitado mucho el análisis de contenido.

Tabla 3. Fases del análisis de la información obtenida de las entrevistas personales.

1. Transcripción literal de las grabaciones	
2. Lectura preliminar de las transcripciones	
3. Análisis del contenido general:	a) Análisis del contenido de cada entrevista personal b) Segmentación temática
4. Codificación del texto:	a) Identificación de categorías b) Agrupación de los datos en categorías
5. Análisis de significados	a) Análisis del contenido de las categorías b) Identificación de tendencias
6. Síntesis y conclusiones	a) Agrupación de los hallazgos en un marco explicativo

Fuente: Elaboración propia. Datos: Fernández de Sanmamed y Calderón, 2003.

4.5. LA COMPLEMENTARIEDAD DE METODOLOGÍAS EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD.

Los paradigmas o “tradiciones” de investigación son los supuestos teórico-metodológicos que se utilizan para comprender-interpretar los fenómenos y la realidad en un determinado contexto.

Actualmente podemos distinguir tres paradigmas de investigación:

- > **Paradigma positivista**, que corresponde a la metodología cuantitativa. Entiende que la realidad es objetiva y mensurable y que los hechos se pueden conocer desde una mirada libre de prejuicios y descontextualizada. La finalidad es buscar relaciones causa-efecto y hacer predicciones. El proceso de investigación es lineal y deductivo. Dado que la objetividad es una premisa básica, a fin de conseguirla, el equipo investigador debe mantenerse lo más alejado posible de lo investigado para evitar contaminarse e introducir sesgos.
- > **Paradigma post-positivista**, que corresponde también a la metodología cuantitativa pero con una visión más flexible. Entiende que los hechos se observan “imperfectamente” a través de la teoría y las condiciones iniciales de la investigación. Cree que el conocimiento es conjetural, hipotético y revisable. La investigación sigue un esquema lógico dentro del cual el hecho de explicar será la conclusión de una inferencia lógico-deductiva. Los resultados serán siempre probabilísticamente ciertos (teoría bayesiana). Se desea la objetividad, aunque se entiende que conseguirla es imposible; para esto, y con el fin de minimizar los sesgos (que se consideran inevitables), las personas que investigan deben mantener “la cabeza fría” y separarse de lo investigado.
- > **Paradigma comprensivo-naturalista-interpretativo**, que corresponde a la metodología cualitativa. Entiende que existen múltiples realidades y conocimientos, y que las realidades son contextuales y conformadas por valores sociales, políticos y culturales. La investigación es un proceso circular y emergente, y el conocimiento se obtiene de forma inductiva. El sujeto investigador reconoce su subjetividad e influencia en la investigación y las acepta como algo bueno que le ayuda a entender la realidad que estudia. Para tratar de entender mejor la subjetividad de las personas investigadas y compartirla, no se separa de ellas sino que se aproxima lo máximo posible (y a veces incluso se introduce en su vida, en su contexto).

La metodología cualitativa cuestiona la identificación de “realidad” y “ciencia” exclusivamente con lo cuantificable porque esta visión limita la comprensión de realidades complejas. Entiende que lo que piensan, sienten y hacen las personas también configura la realidad. Los valores, las creencias, las expectativas y las motivaciones explican las actitudes y las conductas de las personas en su vida cotidiana. Lo subjetivo es tan realidad como lo objetivo (lo medible). La investigación cualitativa nunca da respuesta al *cuántos* (que es el campo de las metodologías cuantitativas), pero sí puede darla al *qué* ocurre con el fenómeno en cuestión en nuestro entorno, al *cómo* ocurre, al *por qué* y al *para qué* (Fernández de Sanmamed y Calderón, 2003: 230).

En los últimos años se ha producido un auge del uso de las metodologías cualitativas en la investigación dentro de la medicina y las ciencias de la salud, áreas que tradicionalmente se han mostrado muy escépticas al uso de los métodos que buscan la comprensión de los fenómenos en profundidad, dentro de su propio contexto, y desde la perspectiva de las personas que los experimentan (Prieto y March, 2002: 366). En este sentido, una de las principales críticas que han

recibido los métodos de investigación cualitativa es que sacrifican, en muchas ocasiones, la validez externa de sus resultados por asegurar la validez interna del caso particular a estudio.

Bajo la perspectiva de que la realidad siempre trasciende a la ciencia, hagamos lo que hagamos nunca llegaremos a conocer una realidad, un objeto o sujeto de estudio en toda su complejidad. Por lo tanto, si queremos maximizar la comprensión de lo estudiado, deberemos utilizar todas las metodologías de investigación de las que dispongamos para acceder a las diferentes vertientes o facetas de un mismo fenómeno. En este sentido, la combinación de las metodologías cuantitativas y cualitativas, superando las limitaciones de cada una y sumando sus ventajas o fortalezas, nos permitirá entender los fenómenos de una manera más holística.

"The best teaching is taught by the patient himself"

Sir William Osler, Regius Professor of Medicine,
University of Oxford (1905-1920)

5. RESULTADOS.

5.1. RESULTADOS DEL ESTUDIO PRELIMINAR.

Se examinaron todos los documentos correspondientes al proceso asistencial seleccionado (episodios de intervención quirúrgica programada de Traumatología) en 141 historias clínicas. Aunque el tamaño muestral inicialmente indicado era de 142, uno de los casos tuvo que ser excluido porque parte de la información correspondiente al episodio de intervención quirúrgica no se encontró, a pesar de que constaba como "historia escaneada".

Los resultados de esta fase del estudio se presentan en tres bloques:

1) **Resultados generales:**

- a) Análisis general de la muestra en base a las variables descriptivas: edad, género, tipo de patología por la que se indicó la operación y necesidad o no de ingreso hospitalario.
- b) Análisis de prevalencia y tipología de los EIP encontrados en la documentación clínica.
- c) Análisis agregado de EIP en base al tipo de documento.

2) **Resultados** del análisis específico **según el género.**

3) **Resultados** del análisis específico **por tipo de procedimiento.**

5.1.1. RESULTADOS GENERALES

a) Datos sociodemográficos.

La media de edad de la muestra fue de 64 años (63 años los hombres y 65 las mujeres). En cuanto a la distribución por género, el 48% eran mujeres y el 52% hombres. En cuanto al tipo de intervención quirúrgica, el 35% fueron operaciones de prótesis de cadera o rodilla, y el 65% operaciones por otro tipo de patología como artrosis de otras articulaciones, tendinitis, etc. En cuanto a la necesidad de ingreso en planta tras la operación, en el 76% de los casos los pacientes precisaron ingreso hospitalario (78% hombres y 74% mujeres) y el otro 24% fueron dados de alta a domicilio en el mismo día de la intervención.

Aunque ingresan más los hombres que las mujeres, este resultado no ha sido estadísticamente significativo para poder concluir que hay diferencias de género en cuanto a la indicación de ingreso, y no se han encontrado diferencias tampoco a este respecto en cuanto a la duración del ingreso hospitalario tras la intervención quirúrgica (estancia media).

b) Prevalencia y tipología de EIP en el total de documentos chequeados.

De los 3.525 documentos a chequear según la estimación previa realizada (25 tipos de documento para cada una de las 141 intervenciones quirúrgicas), 900 no constaban en sus correspondientes episodios porque no procedía su utilización (por las características del paciente y/o del procedimiento, no eran realmente necesarios para el correcto desarrollo del procedimiento). Son los clasificados como "no procede". De los 2.625 documentos finalmente examinados, en 2.006 **no se encontraron errores (76,4%)** y 619 documentos contenían **algún tipo de error de identificación (23,6%)**, siendo estos errores de diversa índole:

- en 6 documentos los datos de un paciente se intercambian con los de otro (6 documentos de los 2625 chequeados): 0,2% errores graves
- en 412 documentos se han detectado otro tipo de errores que pueden deberse a una identificación incorrecta del paciente: documento sin datos de filiación, ausencia de documento y documento que no se puede identificar si corresponde al episodio quirúrgico en cuestión: 15,7% errores moderados
- en 201 documentos se han encontrado defectos de calidad en el registro de datos identificativos del paciente: 7,6% errores leves

c) Prevalencia de EIP por tipo de documento.

Los documentos que acumularon más defectos en el registro correcto de los datos de identificación, fueron los siguientes (se indican a continuación solamente aquellos documentos en los que la prevalencia acumulada de error ha sido > 20%):

- 74% Hoja de indicación farmacológica
- 66% Electrocardiograma
- 40% Consentimiento informado para la IQ
- 33% Hoja de derivación Atención Primaria – Atención Hospitalaria
- 31% Check-list quirúrgico
- 25% Hoja de entrada en lista de espera
- 25% Evolutivo Traumatología (previo a la intervención quirúrgica)
- 21% Hoja clínico-estadística

* Los documentos subrayados son aquellos en los que el paciente tiene oportunidad de comprobar la adecuación de los datos de identificación.

5.1.2. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS SEGÚN EL GÉNERO

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por género en cuanto a la prevalencia de EIP en los siguientes documentos:

- Consentimiento informado para la intervención quirúrgica: existen diferencias significativas no en cuanto al porcentaje de EIP sino en cuanto a la tipología de los errores, siendo de mayor gravedad los errores de identificación en los documentos de consentimiento informado correspondientes a las mujeres. En los hombres el 85% de los errores son leves, mientras que en las mujeres el 52% son leves y el 48% moderados.
- Volante para la transfusión sanguínea: en este tipo de documento los errores de los datos de identificación del paciente encontrados afectan exclusivamente a mujeres.
- Check-list de la intervención quirúrgica: los errores afectan a las mujeres el doble que a los hombres, con un 42% de documentos con EIP en mujeres y un 21% en hombres.

Para poder conocer las causas de las diferencias de género detectadas en relación con los EIP encontrados en estos documentos y pasos del proceso, sería necesario investigar estos hallazgos mediante la realización de otro tipo de estudios específicamente diseñados para ello, y por tanto esta es una línea de investigación que queda abierta.

5.1.3. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS SEGÚN EL TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Se han detectado diferencias estadísticamente significativas por tipo de procedimiento en cuanto a la edad (media de edad de 70 años para prótesis de rodilla o cadera y de 60 años para “otras patologías”) y la necesidad de ingreso en planta (ingresaron el 100% de los pacientes

operados de prótesis y el 64% de los pacientes operados por “otras patologías”. No se han visto diferencias de género en cuanto a tipo de procedimiento (prótesis vs otras operaciones).

Se han visto diferencias por tipo de procedimiento quirúrgico en cuanto a la prevalencia y el tipo de EIP, siendo cuantitativamente y cualitativamente mayores los EIP en “otras patologías”. Este hecho podría indicar que los procedimientos de recambio articular de rodilla y cadera están más o mejor estandarizados que el resto de procedimientos; o que, por tratarse de intervenciones quirúrgicas a priori de mayor riesgo que el resto, los profesionales están más alerta y/o realizan más comprobaciones. No obstante, sería necesario estudiar estos aspectos con mayor detalle para poder confirmar o refutar estas hipótesis.

5.2. VALORACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES PREVIAS DE LOS PACIENTES.

La **técnica de los grupos focales** ha permitido establecer el primer contacto presencial con los pacientes y obtener información de primera mano acerca de qué saben sobre la “Seguridad del paciente” en general, y cómo perciben los fallos o errores de identificación del paciente (EIP) en particular. Por un lado se han valorado los conocimientos y las actitudes de los pacientes previamente a su paso por el proceso asistencial seleccionado, es decir, conocer la situación de partida realizando una aproximación al conocimiento experiencial de los pacientes. Y, por otro lado, se ha examinado la claridad y utilidad del video educativo en cuanto a transmitir los mensajes e indicaciones para ayudar a los pacientes a participar en su seguridad. Todo ello con la intención de mejorarlo en caso necesario y pensando en una futura generalización de la intervención educativa.

Se han realizado dos grupos focales de 7 pacientes, 4 mujeres y 3 hombres en cada grupo, de edades comprendidas entre 20 y 75 años (**Anexo IX. Ficha técnica grupos focales**). Aunque la convocatoria fue nominal, una de las pacientes (mujer de 75 años) acudió acompañada de su hija, hecho que no supuso un obstáculo para el desarrollo de la dinámica grupal ya que fue aceptado de buen grado por el resto de participantes.

A pesar de utilizar un guion de preguntas para dinamizar los grupos focales, la transmisión de las vivencias por parte de los participantes ha discurrido de forma particular en cada uno de ellos. Así mismo, durante las conversaciones han aparecido otros aspectos relativos a las posibilidades de participación que, sin formar parte del guion, surgieron en la interacción conversacional, en base a las experiencias previas de los pacientes y también por ser aspectos ligados al proceso asistencial que aparecían colateralmente en el vídeo. Estos **temas emergentes** se han incluido también como objeto de análisis. Así, la información obtenida se ha clasificado en cinco ejes de análisis, atendiendo a las cuatro preguntas incluidas en el guion preestablecido e incluyendo un quinto eje de análisis que engloba los temas emergentes (que no figuraban previamente en el guion).

Tabla 4. Categorías o ejes de análisis del contenido de los grupos focales.

Aspectos explorados	Hallazgos
I. Valoración global de la comprensión del vídeo (claridad)	La comprensión de los contenidos del vídeo en general es buena, con pequeñas diferencias entre pacientes previamente operados y pacientes que se van a operar por primera vez.

<p>II. Comprobación de la utilidad del vídeo (principal herramienta educativa) para transmitir los mensajes deseados</p>	<p>2 mensajes clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participa de forma activa en el proceso de identificación - Comprueba los datos de IP en la documentación (informes, pulsera,...) <p>Otros aprendizajes en base a contenidos o aspectos que aparecen de forma secundaria en la historia que se relata en el vídeo.</p>
<p>III. Exploración conocimientos y actitudes previas de los pacientes respecto a los EIP (tipo de fallo asistencial seleccionado)</p>	<p>Tipos de respuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sorpresa (les parece raro o nunca lo habían pensado) - Reconocimiento de este tipo de error pero como poco habitual y ligado a ciertas circunstancias (características datos de filiación) - Conocimiento de este tipo de error (por haberlo experimentado o por haber oído hablar de él)
<p>IV. Exploración conocimientos y experiencias respecto a otros aspectos de seguridad del paciente (información emergente)</p>	<p>Obtención de información que inicialmente no estaba incluida en el guion:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento informado y obtención de información (dificultades) sobre el proceso - Dudas y momentos de incertidumbre (antes, durante y después del proceso) - Aspectos relativos a la medicación y los antecedentes de alergias
<p>V. Exploración de la intención de cambio</p>	<p>Tipos de respuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positiva (incluso en aquellas personas que ya mostraban antecedentes de actitud activa) - No se manifiestan en este sentido (pacientes que van a operarse por primera vez) - Refieren que van a seguir más o menos igual (pacientes con más experiencia en el proceso y que ya previamente tenían una actitud activa)

Fuente: elaboración propia.

5.2.1. Resultados del análisis del contenido de los grupos focales.

I. Comprensión general de los contenidos del vídeo.

En una primera pregunta de aproximación y para abrir el debate se ha explorado la comprensión de los contenidos del vídeo en general. Todos los pacientes han contestado que el vídeo se entiende bien y que les ha parecido importante conocer de antemano cuáles son los pasos del proceso

asistencial por el que van a transitar. Sin embargo, se aprecian diferencias entre las personas que ya han sido operadas alguna vez y las que no. Las que ya se han operado previamente se muestran más seguras, hacen alusión a que conocen bien los pasos del proceso y creen que la sesión educativa audiovisual puede aportar más beneficios a aquellos pacientes que van a operarse por primera vez. De hecho los participantes que no tienen la experiencia de haber pasado por operaciones previas se han manifestado poco en esta parte del debate, y más adelante durante las conversaciones, han expresado más dudas sobre el proceso que el resto de pacientes.

- *“Se ve tal y como es, porque yo ya sé poco más o menos de qué va todo y ahí se explica bien. Como ya hemos pasado por eso, yo por lo menos, sabemos cómo es y está idéntico” (M4 - G2)*
- *“Las personas que estamos operadas, sabemos que es exactamente así, que no hay truco” (M2 - G2)*
- *“Yo creo que de todo lo que hemos visto ahí,... casi todos hemos pasado por lo mismo” (H3 - G2)*
- *“Eso le enseñas a una persona que no lo ha pasado nunca y dice: ¡ah, pues mira! Pero las personas que estamos operadas sabemos el proceso que hay que seguir, nos ha tocado pasar por ello y ya sabemos,... que ese es el protocolo que se sigue” (H1 - G2)*
- *“Está perfecto (el vídeo). Se entiende perfectamente” (M3 - G2)*

En relación con la claridad de los contenidos del vídeo, se les invita a que realicen las aportaciones que, desde su punto de vista, pudieran ser válidas para mejorar el vídeo como herramienta educativa. Aunque inicialmente nadie propone ninguna mejora en ninguno de los dos grupos, a medida que transcurren las sesiones van surgiendo aportaciones, de forma ocasional, que podrían ser válidas para este fin.

- *“Pero digo yo que para que se produzcan este tipo de errores (errores de identificación de pacientes) tendrán que coincidir un poco los nombres, ¿no? Porque si yo me llamo Juana y esta señora se llama Pilar, hay mucha diferencia...” (M4 - G1)*
- *“Por lo que parece ahí (en el vídeo) es en la última fase donde más equivocaciones puede haber ¿no?, cuando te dan el informe de alta, que parece que puede pasar que haya confusión de informes” (H2 - G1)*

II. Capacidad del vídeo para transmitir los mensajes esperados.

En cuanto a la capacidad de la herramienta audiovisual para transmitir los mensajes esperados (la importancia de la participación del paciente como parte activa y fundamental dentro del proceso asistencial y las dos recomendaciones específicas: identifícate y verifica que la documentación que se te entrega te pertenece realmente), no parece que todos los participantes hayan asimilado estos mensajes por igual.

Por una parte, como se aprecia en el apartado anterior, algunos pacientes se han quedado con la idea de que lo importante es conocer los pasos del proceso por el que van a pasar:

- *“Está bien (el vídeo), porque yo ya sé poco más o menos de que va todo y ahí se explican bien todos los pasos. Me parece importante porque ellos (los profesionales sanitarios) tampoco te explican bien todo el proceso, cada uno te explica un poco..., lo suyo y ya está” (M2 - G1)*

Otros pacientes muestran desconfianza respecto a los motivos por los que se ha realizado el vídeo:

- *“¿Este vídeo por qué lo hacéis? Porque suele haber muchos casos de confusión (de errores de identificación)...” (H2 – G1)*
- *“Perdona que te diga, me da la impresión de que estáis buscando algo que..., no sé... ¿Qué es, que hay mucho problema de identificación? Es que se ve que andáis buscando algo” (M2 – G2)*

E incluso hay algunos pacientes que, en lugar de hacer una interpretación general de los contenidos del vídeo, se fijan especialmente en algún detalle que les ha llamado especialmente la atención:

- *“En la última fase (en el momento del alta hospitalaria) es donde más..., donde más equivocación hay respecto al paciente, ¿no?... cuando le dan el informe de alta,... es más fácil que haya confusión en los informes” (H2 – G1)*
- *“En las cosas pequeñas es donde se equivocan” (H3 – G1)*
- *“En este caso era el alta, ¿no?” (M4 – G1)*
- *El mayor problema que veo yo es que alguien tenga problemas de medicamentos, como ha salido ahí. Eso ya me parece muy grave, ese era el problema más grave que había... de la confusión” (M3 – G2)*

III. Conocimientos acerca del tipo de error destacado en el vídeo: errores de identificación del paciente (EIP)

En general los pacientes reconocen el sistema sanitario como un ámbito de riesgo de que se produzcan fallos o errores, y son conscientes de la falibilidad tanto de los profesionales como del sistema:

- *“Aparte de que confiemos en los profesionales, hay que mirar todo..., hay que mirar porque puede haber un error” (M3 – G2)*
- *“Es que muchas veces no es un problema informático, es que hay poca gente (personal sanitario) y andan liadas, y pueden pasar despistes, cosas...” (M4 – G2)*
- *“La disculpa que me dieron fue que había sido el cambio de turno, de los profesionales” (M3 – G2)*
- *“Y todos somos humanos, el médico ¡pues hombre!, también es humano. A ver, que yo cuando trabajaba también hacía fallos, pero claro lo mío podía ser parar la máquina una semana..., que es mucho dinero pero aquí..., aquí el fallo del médico puede ser la muerte” (H2 – G2)*
- *“Lo dejamos en manos de los médicos pero uno mismo tiene que estar un poco preocupado de estas cosas, de si efectivamente han cometido algún error, algún fallo, como en el caso tuyo...” (H3 – G2)*
- *“Sí, eso fue un despiste, porque ella se equivocó y yo no miré tampoco, ni le pregunté qué era lo que me iban a pinchar..., pero es un despiste que pasa, y pasa, porque ni ella miró en el ordenador ni yo le dije ‘oye, que eso no puedo tomar’, porque luego ella miró el ordenador y ya vio pero claro, vas con la confianza y muchas veces...” (H3 – G1)*
- *“Es una cadena todo. Yo también, cuando he ido con mi mujer siempre hemos dicho, que hay muchos trámites en el proceso y al final, lo que tú dices, poco tiempo entre paciente y paciente, no hay nada de tiempo para atenderte...” (H2 – G1)*
- *“Todo el mundo tiene derecho a equivocarse. A lo mejor el médico está a lo suyo y pendiente de unas cosas y no tanto de otras,... Y un despiste lo puede tener cualquiera. Somos humanos” (H1 – G1)*

Sin embargo, la mayoría han manifestado sorpresa por el hecho de que pueda darse este tipo de error en particular, los errores de identificación del paciente, en el ámbito sanitario:

- *“Pues no sé,.. yo en mi caso nunca me ha pasado” (M4 – G1)*
- *“¿Es que hay mucho problema de identificación?” (M2 – G2)*
- *“Conocer algún caso de error de identificación, no. De error médico sí, pero de error de identificación no” (M3 - G1)*
- *“Pero cada vez es más complicado, ¿no?... porque cuando llegas a admisión te están pidiendo el nombre, los apellidos,... y luego te meten para adentro y enseguida te colocan la pulsera,... No sé, yo creo que es un poco complicado que haya esos fallos ahora, hoy en día” (H1 – G2)*

Aunque la mayoría afirman que les parece un asunto importante y que suelen comprobar que la documentación que se les entrega contiene los datos identificativos correctos, lo manifiestan de forma genérica y a veces impersonal, e incluso reconocen que deberían chequear la documentación de forma más rigurosa:

- *“¿Si estoy atento al nombre? Sí, a todo, sí” (H2 – G2)*
- *“Si todo el mundo mira,... si se equivocan ellos (los profesionales sanitarios) y miras tú, pues... puedes darte cuenta...” (H3 – G1)*
- *“Tampoco lo miras exhaustivamente como igual se debería” (M2 – G1)*
- *“No piensas que te va a pasar. Te fías” (M4 – G1)*
- *“Me parece lo más importante, lo de la documentación, o sea todo lo que se refiere a la documentación y eso, todo eso que esté correcto, ahí sí que hay que mirar bien” (M3 – G1)*

Los pacientes que tienen datos de filiación muy comunes, y por tanto con mayor probabilidad de compartirlos con otras personas, se muestran más concienciados que el resto de que los EIP puedan darse y, a la vez, están activados en este sentido y exponen algunas de las medidas que adoptan para evitar o detectar este tipo de errores. En este sentido, han sido tres pacientes (dos hombres y una mujer) los que han mostrado una actitud proactiva, derivada de su situación particular, al tener datos identificativos comunes y experiencias previas de coincidencia con otras personas con igual o similar nombre y apellidos. Así, estos pacientes han desarrollado y manifiestan las medidas de seguridad que, para prevenir este tipo de error, suelen adoptar:

- *“Yo lo de los nombres si lo he concebido,... un día me enteré de que hay un señor que se llama JA, igual que yo, y el primer apellido igual que yo, solo cambia el segundo apellido... Pues sí que puede pasar, que yo vaya y coincidan,... si no estás atento al segundo apellido” (H2 – G2)*
- *“Porque los dos apellidos pueden ser iguales, como en mi caso, hay un señor donde vivo que tiene los dos apellidos igual que yo y el mismo nombre. Yo por eso miro siempre la fecha de nacimiento, que normalmente pone o el número de historial” (H1– G2)*
- *“Me llamaron a mí como RM Calvo y se presentó otra señora también en la sala de espera, que se debía llamar RM Calvo también, pero claro el segundo apellido no era el mismo que el mío. Y desde entonces, yo siempre cuando me dicen el primer apellido, yo digo el segundo,... para asegurarme que soy yo” (M1 – G2)*

IV. Conocimientos y experiencias sobre otros aspectos que aparecen en el vídeo y que también tienen que ver con la seguridad del paciente.

Al inicio de los grupos focales se pregunta directamente sobre los EIP, pero algunos pacientes enseguida sacan a debate otros detalles que, aunque no son propiamente EIP, aparecen

colateralmente en la historia que se muestra en el vídeo. Por lo tanto, el vídeo no solo transmite los mensajes esperados (“participa en el proceso de identificación” y “comprueba que los datos identificativos de los documentos son los tuyos”) sino que invita a la reflexión sobre otros aspectos, que son importantes durante el proceso asistencial y que tienen que ver con la seguridad del paciente. Algunos de estos factores, que los pacientes han reconocido como fuente de preocupación, son: las dificultades para entender y asimilar la información contenida en el documento de consentimiento informado, los obstáculos para obtener la información necesaria para aclarar dudas y para reducir los momentos de incertidumbre durante el proceso, y los fallos en el registro o en la comprobación de los antecedentes de alergias o de problemas relacionados con la medicación.

a. Consentimiento informado y obtención de la información

Existen tres posturas diferenciadas en cuanto a la obtención de información necesaria para comprender los detalles del procedimiento quirúrgico al que se van a someter: la de los pacientes que manifiestan tener miedo a saber; la de los pacientes que culpan a los profesionales de no dar la información necesaria, y la postura de los pacientes que consideran que la información que han obtenido es suficiente y adecuada.

Algunos pacientes afirman que prefieren no conocer demasiados detalles sobre el procedimiento quirúrgico al que van a someterse y sobre los efectos del mismo, porque sienten miedo, y que por este motivo no prestan excesiva atención al contenido del consentimiento informado que deben firmar para realizarse la intervención.

- *“Se entiende perfectamente pero yo os voy a decir una cosa, prefiero no enterarme de lo que me van a hacer, porque... ¿para qué?, si me tengo que operar de todas maneras. Firmo sin leer. O eso, o no me opero” (M3 – G1)*
- *“No, yo no, porque si no firmas, ¿qué pasa?, ¿qué no te operan?” (H1 – G1)*
- *“¿Lees todas esas cosas? Es que yo lo empecé a leer y dije ‘lo siento, pero yo esto no lo leo’. Yo prefiero no saberlo..., para que te entre miedo... Es que de todas formas si te lo tienen que hacer, te digan lo que digan..., y estar pensando” (M4 – G1)*
- *“Algunas veces es mejor no leerlo, lo firmas y ya está” (M1 – G1)*
- *“De vez en cuando lees, pero muy rápido” (M2 – G2)*

Otros pacientes refieren que no conocen los detalles del proceso por el que van a pasar, porque no han recibido las explicaciones necesarias para llegar a comprenderlo.

- *“Yo he echado de menos,... Ahí (en el vídeo) habéis explicado que el anestesista te debe explicar las cosas antes de firmar. A mí nunca me han explicado, te dan el papel y... Y el traumatólogo también, te da el papel y te dice: ¡firma!” (M4 – G2)*
- *“Pero no te explica nadie lo que vas a firmar” (M1 – G2)*
- *“Si no te explica, te dicen al menos que lo leas” (H2 – G2)*
- *“Yo he debido pillar con alguien que tenía prisa” (M3 – G2)*

Y hay un tercer grupo de pacientes que dicen no haber tenido dificultades para entender los contenidos del documento de Consentimiento Informado, ya sea porque han recibido las explicaciones pertinentes, porque lo han leído y entendido, o bien por ambos motivos. Las personas que de este grupo defienden la postura de que es responsabilidad de cada uno el preguntar para lograr la información necesaria.

- *“Yo sí que lo leí. Yo supongo que es mucho tema de protocolo y así,... que más que nada es para cubrirse ellos, que la posibilidad de que algo salga mal es ínfima. Tampoco hay que preocuparse en exceso [...]”Yo suelo leerlo tres veces o así, porque total, para que te operen, tienes que firmarlo lo leas o no lo leas” (H2 – G1)*
- *“A mí me han puesto el papel y yo lo he leído entero, nunca me han dicho: oye, que tienes que firmar porque tienes que firmar. No, no me ha pasado eso” (H2 – G2)*
- *“A mí me han explicado y me han dicho: si no entiendes algo, me dices” (M2 – G2)*
- *“Yo con esta es la cuarta operación que me voy a hacer y siempre me han puesto el papel y me han dicho: lee. Pone siempre lo mismo, pero la culpa es nuestra porque no lo leemos y no preguntamos” (H2 – G2)*

b. Dudas y momentos de incertidumbre

En general todos los pacientes tienen dudas que quedan sin resolver. Salvo en un caso (H1 – G2), todos los pacientes han reconocido haber tenido dificultades para resolver las dudas que les han surgido en anteriores ocasiones. Durante el debate han surgido discrepancias sobre si se da o no la información necesaria, y en qué condiciones, por parte de los profesionales sanitarios.

- *“Eso sí te escuchan, porque yo la primera vez que fui, a la primera consulta, el señor doctor tuvo un mal día y me dijo: ‘hoy no te puedo mirar, vienes otro día’,... al de mes y pico. Con eso ya te lo digo todo, salí..., y mi marido a la noche..., después de estar esperando dos meses y pico para mirarme la rodilla, como no tenía tiempo para mirarme me mandó a casa. Y ahora pues fíjate si tengo miedo, más que miedo” (M4 – G1)*
- *“A mí me ha pasado además de comprobarlo yo, en los papeles, la operación que me iban a hacer,... y la sorpresa que me llevé es que cuando me operaron del pie, además me estiraron el tendón del gemelo y eso no me lo había comunicado el traumatólogo. Y después de la operación, yo me encontré la pierna enyesada y notaba que me tiraba de ahí. Y pensé ‘¿Pero qué es lo que me han hecho a mí ahí?’ No sé si es que a última hora el traumatólogo valoró hacer eso, no sé’. El caso es que a mí era del juanete y de dos dedos en garra de este pie que me iban a operar, y luego me llevo la sorpresa de que me estiraron el gemelo. Luego sí, en el informe que me dieron posterior a la operación sí constaba, pero anteriormente ni se había hablado de ello” (M2 – G1)*
- *“Después de la operación, ¿qué tipo de calzado tienes que tener, algo cerrado para que te sujete o pueden andar con unas chanclas?, porque igual es conveniente tenerlo sujeto, ¿no? Yo sí que he oído que piden un calzado que sujete bien el pie” (H3 – G2)*
- *“Eso tenían que ponerlo, tenían que decirte esa información, sin preguntar, que calzado vas a necesitar después de la operación, si tiene que ser abierto o cerrado, y cómo te van a inmovilizar, si te ponen un yeso o un botín. Sobre esas cosas no te informan de nada” (H2 – G2)*
- *“Pero si tú pides la información sí, ¿no? [...] Me refiero que debían de poner en un papel toda esas cosas que son importantes,... y si preguntas, que te informen” (M2 – G2)*
- *“Con la rodilla he pasado por 6 médicos y los 6 distintas cosas me han dicho...” (M4 – G2)*
- *“Yo cuando estuve en el traumatólogo le pedí: a ver, ¿cuál es el proceso y plazos? Y me lo explicó punto por punto, sin problema ninguno. Y de todas formas cuando le pregunté y me estuvo comentando todo, luego al final me dijo: ¿tienes alguna pregunta más, alguna duda más?” (H1 – G2)*
- *“Eso es raro. Eso debería ser lo normal” (M3 – G2)*

c. Medicación y alergias

Los pacientes que son alérgicos a algún medicamento o producto sanitario se muestran activados en esta materia y afirman que es necesario estar atentos siempre, prestar atención a la medicación que se les indica tomar o se les va a suministrar, así como preguntar y advertir sobre sus alergias para contribuir a que no se produzcan errores.

- *“El que tiene una alergia, tiene que estar siempre pendiente” (H3 – G1)*
- *“El problema más grave que puede haber es que alguien tenga problemas de alergia a medicamentos, eso ya me parece muy grave” (M3 – G1)*
- *“Yo soy al nolotil, pero puedo tomar muchas otras cosas,... Al nolotil sí soy alérgica, o sea que, cada vez que voy, lo tengo que decir 80 veces” (M4 – G1)*
- *“Eso son fallos que... hombre, el que tiene una alergia a algo tiene que estar pendiente siempre y advertirlo...” (M2 – G2)*
- *“Yo soy alérgico a la penicilina y en el hospital no lo tenían puesto, y se dio el caso que nadie me lo preguntó. Gracias a mi mujer, que cuando me vinieron a buscar y ya me metían para dentro les dijo: ‘cuidado con mi marido que es alérgico a la penicilina’ [...] Es más, me he puesto una medalla, que la llevo puesta porque si tengo un accidente y me ponen la penicilina, a mí me pueden mandar para el otro barrio” (H2 – G2)*

Algunos pacientes han referido haber protagonizado o presenciado errores relacionados con las alergias a medicamentos, y destacan la importancia de que el paciente y/o su entorno (familiares, acompañantes) participen de forma activa, comprobando y advirtiendo sobre las alergias. También subyace aquí el importante papel que ejercen los familiares, sobre todo en el caso de pacientes de edad avanzada o que no se encuentran en situación de poder actuar como barrera de seguridad.

- *“A mí ya me pasó una vez, estuvo una chica, una cubana o no sé qué, sustituyendo y claro,... yo tenía mucho dolor en una rodilla y me recetó... ¿Cómo se llama...? Paracetamol no, lo otro... ibuprofeno. Me dijo: ‘toma, vete donde la enfermera y que te pinche esto, para que te calme el dolor’. Y al poco tiempo de ponerme la inyección me empecé a encontrar mal y a ponerme rojo y fui otra vez a donde ella y ya se dio cuenta. Y yo también si hubiera mirado qué era lo que me estaban dando, me habría dado cuenta, habría dicho: ‘eso no puedo tomar’, pero...” (H3 – G1)*
- *“Una vez a mi madre también, que tenía alergia al ácido acetil salicílico, la ingresaron por una urgencia y encima de la cama ponía que era alérgica al ácido éste, ¿no? Bueno, pues cuando yo la fui a visitar la estaban dando una pastilla que no podían tomar los alérgicos al ácido ese. Y allí, en el cartelito encima de la cama bien clarito ponía que era alérgica..., pues se lo estaban dando. Así que ya entonces se estaban dando fallos de esos, yo creo que somos muchísimos (pacientes) y que tiene que haber una persona de la familia o alguien, o tú mismo si estás bien o si no, alguien de la familia que lo mire, es una ayuda” (M3 – G2)*

V. Intención de cambio hacia una actitud más activa.

A la pregunta directa de qué actitud mantendrán en el futuro, cuando tengan que contactar y transitar por el sistema sanitario, la mayoría de las respuestas indican intención de cambio de comportamiento, hacia comportamientos más activos en cuanto a participar en su seguridad, entre los que destacan: prestar más atención a los datos de identificación que figuran en los documentos, realizar las preguntas necesarias para aclarar las dudas y alertar a los profesionales sanitarios

respecto a las alergias y problemas relacionados con la medicación, en base a sus antecedentes personales.

- *“Claro, preguntar más, todo: ¿qué me vas a hacer? Y las consecuencias que puede haber también, ahora lo tendré más en cuenta, porque igual, con lo que he tenido hasta ahora, pues... la experiencia esta y lo que hemos aprendido me puede servir para la siguiente vez” (M2 – G1)*
- *“Preguntar. Saber qué es lo que me van a hacer. Es que a mí eso que has contado tú (no saber exactamente lo que te van a hacer durante la operación) me ha parecido horrible” (M3 – G1)*
- *“Estás confiado en el profesional, que puede ser tu médico y tal, pero tú también tienes que tener tu responsabilidad, porque es tu salud al fin y al cabo. O sea, que es un poco parte de todos” (H1 – G2)*
- *“Yo voy a seguir avisando, avisas, que si tal, que si cual,... Estando pendiente de las cosas,... al final todo el mundo tiene derecho a equivocarse” (H2 – G1)*
- *“Pues fijarte un poco,... Porque a veces por mirar puedes evitar un despiste, de unos o de otros” (H3 – G1)*
- *“Enterarnos bien de todo, preguntar lo que haga falta. Otras cosas no sé, como no he estado antes nunca...” (M1 – G2)*
- *“Ahora lo tendré más en cuenta...” (M2 – G2)*
- *“A mí siempre me han preguntado: ¿tienes alergia a algo?...siempre me han preguntado pero, a pesar de eso, ahora lo tendré en cuenta de decir ‘no tengo alergia a nada’, que también eso es importante” (M3 – G2)*
- *“Tienes que ayudar, el paciente sí puede ayudar” (M4 – G2)*
- *“A ver, siempre he estado muy pendiente del tema, pero hombre, un poco más con el tema de los nombres y eso, pues sí, seguiré mirando”(H1 – G1)*
- *“Nosotros como pacientes podemos estar más capacitados para que, en algún momento si pensamos que algo va mal, poder reaccionar y decir ‘oye, ¿qué pasa con esto?’, que igual se está produciendo un fallo y podemos detectarlo a tiempo” (H2 – G2)*

5.2.2. Discusión de la información obtenida de los grupos focales.

El análisis de la información recabada durante los debates en los dos grupos focales ha permitido conocer la situación actual en nuestro ámbito territorial respecto a qué saben los pacientes sobre “Seguridad del paciente”, cuáles son sus actitudes hacia esta materia y qué grado de activación presentan en circunstancias basales (es decir, antes de valorar los efectos de la intervención educativa aplicada al proceso asistencial seleccionado).

En general, *los pacientes son conscientes de que el sistema sanitario es un ámbito donde se producen fallos o errores.* Además los pacientes se sienten expuestos a diferentes situaciones de riesgo simultáneamente durante cada uno de sus contactos con el sistema sanitario, por lo que cualquier tipo de incidente en el que les intentemos activar parece ser inseparable del resto de aspectos o riesgos que son importantes para ellos, y que pueden tener que ver tanto con sus propias características (antecedentes médico-quirúrgicos, factores sociodemográficos,...), como con las del proceso asistencial.

En lo relativo a la claridad de los contenidos del vídeo y su capacidad para transmitir los mensajes deseados, se constata que la asimilación ha sido desigual por parte de los pacientes, apreciándose *diferencias entre quienes ya han sido operados previamente y los que no.* Las

personas que ya han sido operadas previamente alguna vez se muestran más seguras, refieren conocer bien los pasos del proceso, y creen que la sesión educativa audiovisual puede aportar más beneficios a quienes van a operarse por primera vez. Estos pacientes han asimilado mejor los mensajes principales del vídeo, dirigidos a alentarles para participar activamente en el proceso de identificación y para comprobar los datos identificativos que figuran en la pulsera y en los documentos son correctos (es decir, que nombre, dos apellidos y fecha de nacimiento son los suyos). Quizás, para las personas sin experiencia de intervenciones quirúrgicas previas, son muchas cosas novedosas las que se muestran en el vídeo y esto, unido a su especial interés por conocer mejor la ruta asistencial por la que van a transitar, les ha podido llevar a fijarse más en los pasos del proceso que en los momentos clave para su participación en el tipo de error seleccionado.

Aunque en el vídeo se explica cómo prevenir y cómo detectar los EIP y se expone un caso ejemplarizante de un error de identificación del paciente en el informe de alta, inevitablemente aparecen también otras imágenes y aspectos de la realidad del proceso asistencial. *A la mayoría de los pacientes les ha sorprendido que este tipo de error – los errores de identificación del paciente – pueda darse actualmente en el ámbito sanitario.* Así mismo, también les han llamado la atención, tanto o más que la información relativa a los EIP, otros aspectos relacionados con la seguridad del paciente que aparecen colateralmente en el vídeo, como son: el modo en que se da la información (lo que debe informar y como se informa por parte de los profesionales sanitarios), los aspectos relativos a la cumplimentación del consentimiento informado, la importancia de conocer los riesgos asociados a la anestesia y a la intervención quirúrgica, el riesgo que supone tener algún tipo de alergia medicamentosa, la relevancia de aclarar las dudas que surgen durante el proceso, etc. Los errores relacionados con la medicación (sobre todo en caso de antecedentes de alergias, intolerancias o efectos secundarios) son los que consideran más probable que puedan producirse, mientras que *los errores de identificación del paciente no se valoran como un riesgo específico del proceso asistencial* (a excepción de aquellos pacientes que anteriormente han vivido en primera persona una situación relacionada con este tipo de error o conocen algún caso que les han contado). En general los pacientes reconocen que no tienen costumbre de comprobar los datos de identificación personal en la documentación que se les entrega, o bien que no realizan dicha comprobación de forma rigurosa, para descartar fallos de identificación. Por lo tanto, parece conveniente intentar mejorar el nivel de activación de los pacientes a favor de su seguridad en este sentido, para que sistematicen esta práctica y la realicen de forma más precisa.

Respecto al conocimiento basal del tipo de error de seguridad seleccionado, *los pacientes que tienen datos de filiación muy comunes, y por tanto mayor probabilidad de compartirlos con otras personas, se muestran mucho más concienciados* que el resto sobre este tipo de error y, a la vez, están activados en este sentido e incluso exponen algunas de las medidas que suelen adoptar para evitar o detectar los EIP. Se aprecia claramente que quienes ya conocen el tipo de error no se han sorprendido, se encuentran activados en este sentido y han desarrollado habilidades para su evitación. Sin embargo, aquellos pacientes que desconocían este tipo de error, ni siquiera se habían planteado la posibilidad de que pudiera producirse y, por tanto, no están concienciados, lo que merma seriamente su capacidad para actuar en su prevención y/detección. Estos hallazgos son muy similares a los encontrados para otros tipos de error, como son los antecedentes de alergia, intolerancia medicamentosa y otros problemas relacionados con la medicación. En este estudio se puede ver cómo los pacientes alérgicos a algún medicamento, tras haber vivido una situación en la que (por una serie de fallos o errores) se les ha administrado ese medicamento, en los siguientes

contactos con el sistema sanitario se muestran muy concienciados del riesgo que corren y desarrollan mecanismos de defensa frente a él, avisando de forma reiterada y comunicando a los profesionales sanitarios esta peculiaridad, para evitar volver a sufrir las consecuencias del mismo tipo de incidente de seguridad.

De las conversaciones generadas durante el transcurso de los grupos focales se desprende que, *en general, los pacientes se quedan con dudas y refieren disponer de poca información* sobre aspectos relacionados con el proceso asistencial en el que se encuentran inmersos. Se han visto discrepancias en las opiniones de los pacientes respecto a si los profesionales informan o no informan, y si lo hacen de forma suficiente y adecuada o no. En cualquier caso la actitud del paciente aparece como un factor clave para conseguir la información necesaria y aclarar las dudas.

En cuanto a la capacidad o los recursos que tienen los pacientes para obtener la información y resolver las dudas, se aprecian algunas diferencias en cuanto al género y al nivel de estudios, que parecen indicar que las mujeres y las personas con menor nivel de estudios son quienes tienen más dificultades para ello.

En cuanto a la intención de cambio tras haber recibido la información relativa a los pasos del proceso asistencial y sobre los momentos en los que su participación es más importante para evitar o detectar precozmente posibles fallos o errores, todos los pacientes han manifestado que les ha servido para conocer la importancia que su actuación puede tener para mejorar la seguridad del proceso asistencial. Un hallazgo destacable es que *todos los participantes*, incluso quienes ya estaban activados en relación con el tipo de error seleccionado, *han mostrado un aumento en el grado de activación* y además, no solo para contribuir a evitar los EIP, sino que en general se aprecia intención de cambio hacia comportamientos más activos en el tránsito por el sistema sanitario, entre los que destacan: prestar más atención a la identificación de los documentos, realizar las preguntas necesarias para despejar dudas y alertar a los profesionales en caso de tener algún tipo de alergia o intolerancia a la medicación.

5.3. VALORACIÓN DEL NIVEL DE ACTIVACIÓN ALCANZADO.

Para conocer cómo ha influido la intervención educativa en cuanto al nivel de activación de los pacientes y su disposición para participar en su seguridad durante el proceso asistencial, se han realizado entrevistas personales semiestructuradas a 12 de los 17 pacientes incluidos en el estudio.

5.3.1. Análisis de la información obtenida mediante las entrevistas personales

Para el análisis de la información se ha realizado en primer lugar la **segmentación temática**, en base al guion utilizado para realizar las entrevistas personales, por lo que los temas seleccionados se relacionan estrechamente con las preguntas realizadas:

1. ¿Has vuelto a ver el vídeo? (para las personas participantes en la intervención educativa grupal) o ¿Has visto el vídeo? (en los casos de intervención individual) ¿Cuántas veces lo has vuelto a ver / lo has visto?
2. ¿Recuerdas cuáles son los mensajes principales que se transmiten en el vídeo?
3. ¿Te identificaste según se indicaba en el vídeo? ¿Comprobaste que los datos de identificación que figuraban en la documentación y en la pulsera eran los tuyos? ¿Recuerdas si los profesionales que te atendieron comprobaban los datos de tu pulsera?
4. ¿En algún momento has tenido dudas o te has encontrado sin saber qué tenías que hacer?
5. ¿Has tenido dificultades para obtener la información que necesitabas? Si solicitaste más información o preguntaste para aclarar dudas, ¿cómo reaccionaron los profesionales?
6. Respecto a la actividad educativa, ¿te ha resultado útil?, ¿te sientes más preparada/o ahora para participar a favor de tu seguridad durante la asistencia sanitaria?
7. Y a partir de ahora, ¿qué crees que vas a hacer?, ¿vas a tener una actitud más activa?

Las respuestas obtenidas a cada uno de los temas han aportado las **tendencias**, en función de las cuales se han podido agrupar los datos para construir las **categorías o ejes de análisis**, y finalmente se ha procedido al análisis de contenidos y significados, expuestos en el punto 5.3.2. “resultados del análisis de contenido”.

La síntesis o agrupación de hallazgos en un **marco explicativo** se presenta en el punto 5.3.3. “discusión de los resultados obtenidos”.

5.3.2. Resultados del análisis de contenido de la información obtenida mediante las entrevistas.

A continuación se presentan los resultados del análisis de contenido de la información recabada mediante las entrevistas personales de forma segmentada, en base a los 7 temas explorados:

- Interés que los pacientes han mostrado por la actividad educativa así como la claridad y utilidad del vídeo para transmitir los mensajes deseados (**temas 1 y 2**)
- Efectos de la intervención educativa en cuanto a la activación de los pacientes en su seguridad (**temas 3, 6 y 7**)
- Factores que modulan la participación de los pacientes en su seguridad (**temas 4 y 5**).

Tema 1. Interés mostrado por la actividad educativa.

En general, el interés mostrado por la actividad educativa ha sido alto y desde el primer momento los pacientes se mostraron muy interesados en recibir información acerca del proceso asistencial en el que se encontraban inmersos. De hecho, el proceso de captación de pacientes fue muy ágil porque la mayoría de los pacientes que contestaron a la llamada telefónica aceptaron la invitación para participar en el estudio. Además ningún participante solicitó retirarse posteriormente del estudio y todos accedieron de buen grado ser entrevistados al final del proceso asistencial. Algunos pacientes han manifestado espontáneamente que recomendarían este tipo de actividades a otras personas que deban pasar por el mismo proceso asistencial, e incluso que se ofrecerían voluntarios para “educar” a otros pacientes en estos aspectos, para ayudarles a participar y a mejorar su seguridad en el ámbito sanitario.

Sobre la utilidad de la intervención educativa, han manifestado que les ha resultado muy interesante y válida para adquirir conocimientos, tanto sobre el proceso asistencial como sobre los momentos clave en los que pueden participar como barrera de seguridad. Aunque es difícil determinar si han existido diferencias en cuanto al nivel de interés y aprovechamiento de los materiales educativos utilizados (vídeo y cuaderno) entre las modalidades de educación grupal y la individual, entre otras cosas porque el número de participantes ha sido muy desigual (14:3), si existen datos que indican que la actividad educativa realizada de forma individual ha sido, al menos, tan efectiva como la grupal.

- Intervención educativa grupal.

La mayoría de los pacientes que participaron en los grupos focales han vuelto a ver el vídeo al menos una vez más, en casa, a través del pendrive que se les entregó junto con el cuaderno de anotaciones. En cuanto a leer y utilizar el cuaderno de anotaciones, el interés mostrado ha sido más desigual, variando notablemente según el nivel de estudios: a mayor nivel de estudios mayor utilización y aprovechamiento del cuaderno, siendo las personas con menor nivel de estudios las que no lo han utilizado.

También se ha detectado una actitud menos activa a la hora de volver a ver el vídeo en pacientes que han sufrido algún proceso intercurrente, como el diagnóstico de una nueva enfermedad o una situación vital o familiar estresante. Así, cuatro de los doce pacientes entrevistados han reconocido que no volvieron a ver el vídeo: H3 – G1 (hombre 61 años, sin estudios, proceso intercurrente), M4 – G2 (mujer 75 años, sin estudios, no disponía de medios para visualizar pendrive), M3 – G2 (mujer 72 años, grado medio de estudios, animo depresivo por proceso intercurrente) y M2 – G2 (mujer 66 años, sin estudios, proceso vital estresante).

- Intervención educativa individual.

Las tres personas que recibieron la intervención educativa de forma individual (mujer 51 años, estudios grado medio; mujer de 56 años, estudios primarios; y un hombre 51 años, estudios grado medio) han visto el vídeo al menos una vez (dos de ellas lo han visto varias veces) y han utilizado el cuaderno de anotaciones.

El nivel de interés mostrado ha sido muy alto en estos pacientes, si bien es cierto que fueron ellos quienes solicitaron recibir la intervención educativa de forma individual (por no poder asistir a ninguna de las dos sesiones grupales), así como el grado de aprovechamiento de los materiales educativos.

Tema 2. Captación de los mensajes principales trasmitidos en el video

Todos los pacientes han recordado los dos mensajes principales del vídeo: “identifícate” y “comprueba que los datos de identificación que figuran en la documentación son los tuyos”. No se han visto diferencias entre los pacientes que participaron en la actividad educativa de forma grupal o individual a este respecto.

- “Yo creo que el vídeo está claro para lo que es. A mí me pareció bastante claro, desde luego. A mí ya lo de la identificación se me ha quedado para siempre ” (entrevista 5, mujer 51 años, educación individual)
- “Yo le veo una ventaja clarísima, porque ahora que he aprendido la importancia que tiene comprobar los datos, que realmente sean los míos, lo voy a comprobar, porque antes no lo sabía” (entrevista 6, hombre 57 años, educación grupal)

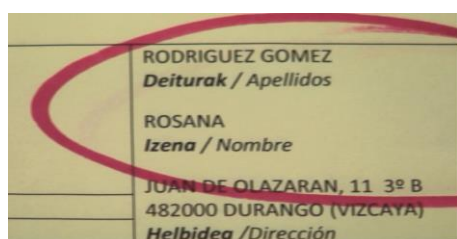
Aunque inicialmente, a la pregunta directa “¿Recuerdas cuáles son los mensajes principales que se transmiten en el vídeo?”, tres pacientes contestaron que no, y no supieron decir cuáles eran. Sin embargo luego, durante el trascurso de la entrevista, ha quedado patente que sí los recordaban, y dos de estas tres personas, además, han contado específicamente cómo verificaron los datos identificativos en los documentos y en la pulsera: EP 2 (hombre 51 años) y EP 6 (hombre 52 años). La tercera paciente, EP 12 (mujer 66 años), a pesar de recordar los mensajes, ha reconocido que no realizó las comprobaciones de los datos identificativos “por exceso de confianza”.

Un hallazgo importante del estudio es que los pacientes han mostrado mayor grado de asimilación de la información visual que de las explicaciones verbales, es decir, han captado mejor lo que se ve que lo que se dice a lo largo del vídeo. Así, a la salida del proceso, lo que más y mejor recuerdan es la imagen de la pulsera de identificación personal, así como la imagen de los datos de identificación en el informe de alta. No en vano, estos aspectos son dos de los momentos clave que se han resaltado en imágenes en el vídeo (arrastre a primer plano, repetición, subrayado en rojo,...).

Figura 4. Imagen de la pulsera de identificación del paciente (nombre, dos apellidos y fecha de nacimiento).



Figura 5. Imagen de los datos de identificación en el informe de alta (nombre, dos apellidos y domicilio).



Otros momentos clave de la ruta asistencial, en los que también se indicaba al paciente que comprobara los datos de identificación, no han sido tan recordados o nombrados por los pacientes durante las entrevistas personales. Aunque en el vídeo también se muestran imágenes sobre ellos, es cierto que dichas imágenes no se han resaltado de igual manera.

Estos detalles pueden ser de interés para el desarrollo de futuras acciones educativas con soporte audiovisual.

Tema 3. Actitud mostrada en cuanto a identificarse y comprobar los datos de identificación personales en la documentación y en la pulsera identificativa.

Todos los pacientes han participado activamente en el **proceso de identificación en las áreas administrativas de atención al cliente (AAC)**, tanto en el centro de salud como en el hospital, aportando su DNI y/o TIS tal y como se les había indicado, y porque además es el procedimiento habitual de recepción de pacientes en las AAC que está implantado en la OSI Barrualde-Galdakao.

- “El hecho de que te pidan el DNI y la tarjeta sanitaria para todo, pues me parece muy bien. Yo creo que aquí en Euskadi se hacen las cosas bien” (entrevista 2)
- “Desde el momento en que vas a la ventanilla, que yo ya fui con mi tarjeta de Osakidetza y mi DNI,... Aparte de que si no los llevas te los piden, pero bueno,...” (entrevista 11)

Respecto a la **comprobación de los datos de identificación personal (DIP)** en la documentación y en la pulsera de identificación, estos son los principales hallazgos:

1. Todos los participantes han referido recordar muy bien el momento de **comprobación de los DIP en la pulsera** que les colocaron en la muñeca al entrar al área quirúrgica.
 - “Lo primero que hice fue comprobar la pulsera: nombre, apellidos y fecha de nacimiento. Y estaba todo bien, menos el número. Cuando vi el número dije ‘este no es mi número’ y les dije ‘¡que éste no es mi número!’ y me dijeron ‘claro, no es tu número de historia clínica, es el número del episodio correspondiente a la operación’. Es que por lo visto ese número no tiene nada que ver con el número de historial, que yo mi número de historial me lo sé” (entrevista 1)
 - “Ah, sí, eso lo primero” (entrevista 4)
 - “Yo creo que con lo de la pulserita nos habremos quedado todos, ¿no? A mí me pareció muy curioso eso, lo de los nombres, cosas que ni te planteas que pueden pasar, que nunca habías pensado. Tampoco es que haya ido muchas veces, pero ahora llevo dos meses de hospitales, entre mi tío, mi padre y yo,... y ya es como un poco de obsesión que tengo mirando las pulseras” (entrevista 5)
 - “Sí, miré el nombre y todo. Lo comprobé todo, sí, como lo habíamos visto en el vídeo” (entrevista 6)
 - “Me acuerdo de lo de la pulserita, en cuanto te la ponen hay que mirar si tienes todos los datos bien: el nombre, el primer apellido y el segundo, para que se sepa que eres tú. Y luego también la fecha de nacimiento” (entrevista 8)
2. En cuanto a la **comprobación de los DIP en los documentos**, en general todos los pacientes parecen haberse activado en este aspecto. Se ha visto una diferencia clara en cuanto a la

actitud de los pacientes a la hora de realizar estas comprobaciones, que ellos reconocen explícitamente, entre antes y después de su participación en esta actividad educativa.

- “Ah, sí, ¿en los papeles que me dieron? Al principio no te dan ninguno pero cuando te dan el alta sí, y revisé el nombre y los dos apellidos y todo estaba bien metido” (entrevista 1)
 - “Yo ahora cuando me dan un documento miro también los datos de identificación, que sean los correctos, antes me fijaba más en las fechas de las citas para volver al médico y las citas de las pruebas que te tienes que hacer” (entrevista 2)
 - “Me quedé con todo (en referencia a los contenidos del vídeo), que hay que asegurarse de todo para que no pasen cosas,... Antes no me fijaba tanto pero ahora sí que me fijo en los datos de los documentos, que sean los míos, ¿cómo no me voy a fijar? (entrevista 3)
 - “Antes también miraba, porque como el apellido puede ser parecido,... Aquí mismo, en el centro de salud, una vez me pusieron mal el primer apellido, y ahí sí, como me di cuenta, les dije y corrigieron seguido” (entrevista 4)
 - “Ahora estoy un poco obsesionada mirando los datos de identificación, con las pulseras, con los papeles y todo,... Eso se me ha quedado para siempre, para todo” (entrevista 5)
 - “Los papeles, comprobar que son los tuyos y eso, ya hice” (entrevista 11)
3. Se han encontrado **dos casos negativos de activación para la comprobación de los DIP**. Se trata de dos pacientes que han referido no haber realizado las comprobaciones indicadas:
- “No volví a ver el vídeo por dejadez, si quieres que te diga la verdad, leí el cuaderno un poquito al volver de vacaciones pero el vídeo no, lo fui dejando y al final no lo vi [...] Recuerdo que me pusieron la pulsera pero no comprobé los datos, ya sé que me tendría que haber fijado, pero no lo hice, y en los papeles tampoco. Y eso que yo normalmente no cojo ni firmo un papel sin mirar, eh, de siempre. No sé por qué, si será porque he trabajado muchos años de administrativa, pero esta vez no sé si estaba nerviosa,... no comprobé” (entrevista 7)
 - “Me acordaba del vídeo que vimos aquí, y que habíamos hablado que hay que mirar, cada uno lo nuestro, comprobar que nuestros datos estén bien y eso, pero no, no lo hice. Yo lo único que quería era que acabara todo y salir de allí” (entrevista 12)

Otro factor explorado ha sido la **comprobación de los datos de la pulsera identificativa del paciente por parte de los profesionales**, antes de realizar cualquier acción o procedimiento, como por ejemplo, administrar la medicación o extraer una muestra de sangre para análisis. Aunque esta cuestión no estaba inicialmente planteada en el diseño inicial del estudio, se ha incluido en esta fase del mismo, por ser un elemento de interés emergente. A la pregunta directa ‘¿Te fijaste si los profesionales comprobaban los datos en tu pulsera, por ejemplo cuando tenían que sacarte sangre o administrarte alguna medicación?’, la mitad de los pacientes han contestado que no se fijaron en este detalle o que no lo recuerdan, y la otra mitad han referido que los profesionales no comprobaban los datos de la pulsera. En este último caso, o bien los profesionales no realizaron ningún tipo de comprobación, o bien lo que hacían era preguntar directamente ‘¿Cómo te llamas?’ o solicitar al paciente que dijera su nombre. Ninguno de estos dos modos se corresponde con el procedimiento adecuado para identificar inequívocamente al paciente, por lo que éste es un área de mejora a trabajar en nuestro entorno (en la OSI Barrualde-Galdakao).

Tema 4. Exploración de los momentos de incertidumbre.

En cuanto a los momentos de incertidumbre, la mayoría de los pacientes han mostrado desconocer aspectos importantes relativos al proceso asistencial, tanto antes como después de la intervención quirúrgica. Este no es un asunto baladí porque se ha visto que condiciona las posibilidades de participación de los pacientes, ya que si el paciente no dispone de información suficiente sobre el proceso, difícilmente podrá participar de forma efectiva.

Los principales elementos del proceso asistencial en los que los pacientes han detectado carencias de información (o incluso información contradictoria) y que, por tanto, deberían ser abordados tanto para mejorar la calidad de la asistencia como para promover la participación de los pacientes, han sido los siguientes:

1. Información sobre las características del procedimiento quirúrgico: en qué consiste la operación, qué tipo de anestesia se va a utilizar, qué ventajas e inconvenientes tiene el tipo de procedimiento quirúrgico y anestésico que se han seleccionado frente a otras opciones terapéuticas, etc. Esta información, además de tener que explicarla verbalmente y verificar que el paciente la ha entendido, debe ser entregada al paciente por escrito (documento de consentimiento informado¹⁹).
 - “Explicar no te explican mucho, y de lo que te explican no entiendes ni la mitad, porque claro, si te lo explicaran sin usar esas palabras técnicas,... pues igual entenderíamos mejor. Así que la verdad, cuando leí el papel en casa me dio hasta miedo,... por las cosa que ponía. Yo creo que se podría hacer mejor y, si no, para que te den la información así, sería mejor que nos dijeran ‘esto es para cubrirnos nosotros las espaldas’ que, al final, es lo que yo pienso” (entrevista 6)
 - “Igual él (el médico Traumatólogo) habló de una manera que yo..., que yo no lo llegué a captar bien, ¿me entiendes?, pero vamos que no, no me dio una explicación contundente y yo iba con más miedo que otra cosa” (entrevista 10)
2. Información sobre cómo se espera que sea la recuperación tras la operación, a qué cosas hay que prestar atención en el posoperatorio, cuáles son las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer y, en caso de aparecer alguna complicación, cómo actuar:
 - “Éste (el Traumatólogo) desde luego no me dijo lo que tengo que hacer, o que cuidados tengo que tener después de la operación,... que tenía que usar muletas después de la operación, eso sí, pero lo demás muy escueto,... tampoco sé si nos tienen que dar más explicaciones, y yo tampoco le pregunté ‘¿Cómo voy a quedar?’ Porque di por hecho que quedaría bien” (entrevista 7)

¹⁹ **Consentimiento informado:** documento médico legal en el que se explican los procedimientos diagnósticos o terapéuticos y los riesgos que conllevan. El paciente debe firmarlo después de haber comprendido la información que se le ha dado acerca de los motivos por los que está indicado realizar ese procedimiento, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas al mismo. El profesional que indica el procedimiento debe asegurarse que el paciente ha comprendido dicha información.

3. Indicaciones sobre qué hacer y qué no hacer tanto antes como después de la operación: recomendaciones en relación con los autocuidados:
 - “Yo esperaba que me diría lo que puedo hacer, lo que no puedo hacer, pero no, no me ha dicho nada. En la consulta me contará más porque sólo tengo el informe de lo que me ha hecho y nada más” (entrevista 3)
 - “Bueno, total, que no era la férula adecuada. Y le dije 'a ver, si de verdad me dices que con la otra es con lo que tengo que andar, pues voy a hacérmela a medida y, aunque tenga que pagar, si me dices que es lo que me tengo que poner, voy a donde me digas, pago, me la pongo y punto'. Y me dijo 'no, no, sigue con eso'. Y yo la verdad, es que ahí tuve dudas, porque primero dijo una cosa y luego otra. No sé, es que me pareció todo...” (entrevista 5)

4. Indicaciones de tratamiento farmacológico y rehabilitador al alta:
 - “Tampoco te dan las explicaciones. No, no dan todas las explicaciones. Te mandan unos parches de morfina y no sabes por qué,... si tienes que seguir con ellos y hasta cuándo, qué tienes que hacer. No te dan las explicaciones” (entrevista 4)
 - “Lo que no acabo de comprender es que el traumatólogo me dijo que hiciera bicicleta después de la operación, pero la de rehabilitación de aquí, que para mí es maravillosa, me dijo que la bicicleta ni probarla, que [todos los que hacen bicicleta quedan mal] me dijo. Entonces,... ¿a quién hago caso? El traumatólogo me dijo piscina y bicicleta y la de rehabilitación me dijo piscina sí pero bicicleta no, y yo la bicicleta no la toco,... voy a nadar, eso sí. Yo le hice caso a ella, pero no acabo de comprender por qué no se ponen de acuerdo. O juntarse, los traumatólogos y las médicas de rehabilitación, que la rehabilitadora habrá visto más casos porque es la que termina de recuperarlos a todos los operados y verá la evolución de la gente, digo yo,...” (entrevista 6)

Tema 5. Exploración de las dificultades para obtener la información necesaria y aclarar dudas, y para participar en general.

Entre los factores con los que se han encontrado los pacientes durante el proceso asistencial, y que han supuesto una dificultad para participar, se encuentran factores relacionados con el propio paciente, factores relacionados con los profesionales y factores relacionados con el contexto o la situación en la que se desarrolla el proceso asistencial.

Factores relacionados con los pacientes:

Miedo a preguntar

- “Le iba a preguntar (al Traumatólogo) si podía andar en bici, pero me di cuenta que era una tontería, porque los ejercicios que me decía que podía hacer eran muy poca cosa” (entrevista 1)
- “Yo creo en general que la gente no pregunta, por dos razones. No pregunta primero porque se fía de su médico o de su médica, y segundo porque yo creo que tenemos mucho miedo a quedar como tontos” (entrevista 2)
- “Yo antes iba al médico muy asustado y claro, cuando tienes miedo ni hablas,... Y cuando ves que has muerto y has renacido, ni te cuento,... ni te cuento con el miedo que vas” (entrevista 3)
- “A veces no te atreves a preguntar y te conformas con la información que ellos te dan. Pero sí que creo que es bueno saber estas cosas para estar más atenta y más preparada... Sabiendo que

aclarar dudas es importante para tu propia seguridad, se pueden romper esos miedos,... creo yo” (entrevista 9)

- “Pienso que estoy haciendo el ridículo preguntando, que igual es una chorrada lo que pregunto,... qué se yo,... así que a veces luego voy a casa y busco información en internet. Y yo creo que la gente en general tiene miedo a preguntar y muchas veces luego no sabe lo que tiene que hacer” (entrevista 12)

Exceso de confianza, creencia de que los profesionales son infalibles,...

- “Yo tampoco miré,... Igual si hubiera mirado,... pero como me dio un papel y me dijo 'vete donde la enfermera y que te ponga esto'. Yo me fie” (entrevista 3)
- “Te fías de lo que te dicen,... Pues se supone que ellos son los que saben de esto ¿no? Y a mí sí me dicen que esto es lo mismo, pues yo me lo creo” (entrevista 5)
- “Antes me callaba porque normalmente quienes estudiáis sois vosotros, pero ahora sí, porque me doy cuenta que pueden pasar cosas...” (entrevista 6)

Factores relacionados con los profesionales:

Actitud de los profesionales

- “Ellos ya sabes, no cuentan nada, están a lo suyo y punto. No te dicen nada. Ellos están a su trabajo y si les empiezas a preguntar y eso,... pues no, porque ellos están superconcentrados a lo suyo” (entrevista 3)
- “Son más cercanos los médicos de cabecera” (entrevista 4)
- “Lo que pasa es que muchas veces,... no voy a decir en general ni mucho menos, pero sí que hay veces que según con que gente,... es como más cortante preguntar [...] Yo si tengo que preguntar algo, pregunto, pero hay veces que la persona que está delante tampoco te da pie,... se ponen muchas barreras,... yo a veces sí que tengo esa sensación” (entrevista 5)
- “Nada más verle la cara al médico ya sabes si te da confianza o no, ya se nota... porque si te dice '¡Siéntate!' pues ya...” (entrevista 7)
- “Según como sea la persona con la que tratas, el profesional, porque él también tiene que saber estar a la altura del paciente,... no sé cómo decirte,.. Pues eso, que es muy diferente si llega y se presenta, por ejemplo, como una persona cercana a ti, no poniendo una barrera. La otra vez yo noté eso, ¿no? Muy buen profesional en su trabajo, pero yo noté que le faltaba eso, la cercanía. Y claro, ¿qué pasa?, pues que entonces tú ya,... como que no pides más explicaciones, con lo que te dicen tú ya te quedas y piensas “pues será así”. Y esta vez todo lo contrario, porque esa cercanía a mí me ha dado para abrirme yo y las dudas que yo tenía pues poder hablarlo con él” (entrevista 10)

Rotación de profesionales, ausencia de profesional de referencia,...

- “Cuando vaya a la consulta preguntaré, pero no sé si el de consulta es el mismo que me ha operado” (entrevista 3)
- “... porque además tú dices 'si yo a este no le he visto en mi vida' y no le preguntas. [...] Nosotras todo luego lo preguntamos al médico de cabecera, pobrecito. Cuando tenemos alguna duda vamos a nuestro médico de cabecera, al de siempre, que vas y te contesta todo lo que puede” (entrevista 4)

- "... total, que la enfermera que estaba, la chica se veía que la habían cogido para el verano, la pobre andaba ahí un poco con cara de susto, agobiada, y yo también un poco así, que no sabes muy bien qué hacer..." (entrevista 5)

Factores relacionados con el contexto:

Falta de tiempo, percepción de prisa, sensación de estrés,...

- "Sí, a veces sí que nos quedamos con preguntas sin hacer. Aparte de cómo te hablan,... tan rápido, y que ya ves que no tienen tiempo y sales y dices '¡ostras!, que no he preguntado esto'. No te sientes cómoda para preguntar" (entrevista 4)
- "La verdad es que allí Traumatología está siempre saturado, andan super... deprisa,... pasas,... entran,... un lío siempre. [...] El día aquél, además, iban con hora y media de retraso, que se dice pronto ¡eh!, y luego ves la tensión que hay allí, ellos también están agobiados" (entrevista 5)
- "En el igualatorio desde luego era todo mejor, no es por pagar o no pagar, es que los médicos te dan más explicaciones. Ya sé que tienen menos gente y más tiempo..." (entrevista 7)

Otros factores relacionados con el contexto

- "... a veces no pregunto,... según, depende de la cara que tengas delante, de la situación, no sé..." (entrevista 4)
- "... es que era todo,... no sé, es una situación como muy así,... es que es todo ¿no sabes?, 'fulanito, pasa, entra, sal,...', la situación no te propicia preguntar" (entrevista 5)

Tema 6. Efectos de la intervención educativa en cuanto a concienciación, información y adquisición de conocimientos.

Efectos de la intervención respecto al APRENDIZAJE:

○ Concienciación sobre EIP

○ Adquisición de conocimientos sobre cómo prevenir y cómo detectar EIP

- "Sí, sí, te vuelvo a decir que me ha supuesto mucho cambio (el hecho de participar en esta actividad educativa), por dos motivos, porque antes iba con mucho miedo y ni hablaba, y porque tampoco era consciente de lo importante que puede ser aclarar las dudas" (entrevista 3)
- "Yo creo que haber estado en esta actividad es muy bueno porque vas sabiendo cosas que antes por ejemplo ni se te pasaban por la cabeza, yo creo que sí" (entrevista 4)
- "Me pareció muy curioso (el vídeo educativo) porque muchas veces, pues eso, son cosas que ni te planteas que pueden pasar ¿no?,... Que yo tampoco es que he ido muchas veces pero que me han puesto la pulsera y ni he mirado, y ahora,... Llevo dos meses de hospitales entre mi tío, mi padre y yo,... Y ya como un poco de obsesión, les miraba yo la pulsera a ver si los datos estaban bien. Y en mi operación lo primero que hice (comprobar los datos de la pulsera). Esto ya se me ha quedado para siempre, para todo" (entrevista 5)
- "Es una ventaja clarísima porque ahora sé más cosas, y si vienen y no me miran la pulsera les puedo decir '¿has mirado la pulsera?' Porque yo antes no lo sabía" (entrevista 6)
- "A mí ver el vídeo me dio confianza y sobre todo me ayudó a saber en qué cosas me tenía que fijar, sobre todo me acuerdo de lo de la pulsera. Yo creo que estoy más preparada ahora, me noto mejor, más suelta" (entrevista 8)

- “La verdad es que a pesar de haber andado con estas cosas, ya sabes, primero con mis hijos y ahora con mis padres,... yo creo que nunca había pensado que este tipo de error pudiera ocurrir, así que me ha servido para acostumbrarme a comprobar que todos los datos estén bien” (entrevista 9)
- “Pues si no hubiese venido a participar en esta actividad, pues igual no hubiera tenido en cuenta todo, lo de la pulserita y lo importante que es fijarte en los papeles que te dan, asegurarte que sean los tuyos,... Y ahora pues lo tengo en cuenta, por supuesto, y lo comento también con otras personas de mi entorno. Vas compartiendo tu conocimiento con gente que te dice que se va a operar, y les dices ‘ten en cuenta que los papeles sean los tuyos, fijate en la pulserita,...’” (entrevista 11)
- “Yo me veo más capacitada. Creo que ahora me atrevería más, ahora me veo más capaz para preguntar y para todo, la experiencia y el que te enseñen estas cosas, yo creo que todo te hace” (entrevista 12)

Tema 7. Intención de cambio hacia una actitud más activa en futuros contactos con el sistema sanitario.

Efectos de la intervención respecto al CAMBIO DE ACTITUD O ACTIVACION:

- Estar al tanto de las cosas
 - Preguntar dudas
 - No tener una actitud pasiva
- “Ahora voy a preguntar más. De hecho, ya he empezado a preguntar más” (entrevista 2)
 - “Pues ahora cuando vaya al Traumatólogo todas las dudas que tengo las voy a preguntar, o sea, por mucha prisa que tenga,...” (entrevista 5)
 - “¿Me preguntas qué voy a hacer en futuras ocasiones? Hombre, pues me voy a enterar más, estar más al tanto, que normalmente yo soy de las que no firmo un papel sin mirar ¡eh!, siempre, siempre, lo leo todo y me aseguro,... Pero esta vez no sé por qué, no sé si es que estaba nerviosa, el caso es que no lo hice” (entrevista 7)
 - “Yo soy la primera que reconozco que no miraba los datos, si eran los míos o no. Pero ahora ya sí, tanto para mí, como para cuando vaya con mi padre,... para todos. Me he quedado con la importancia de comprobar los datos en la documentación” (entrevista 9)
 - “Yo creo que de ahora en adelante, pues,... estar un poco más pendiente de cada paso del proceso, leer bien todos los informes, fijarme en los datos, si están correctos,... Estar alerta también de cómo te explican ellos las cosas, o sea, no quedarte así como ‘bueno, pues ya está, como es el médico el que decide...’ sino estar tú también atenta. Y luego, pues el poder preguntar las dudas y aclararlas. Yo antes me hubiera quedado así, impasible, sin decir nada, pero ahora cuando vaya a la consulta le voy a ir preguntando, a ver qué solución hay, a ver cómo se puede resolver esto,... que no me quede yo con esa inquietud de no saber si se puede hacer algo, ¿no? Pues antes era así, te quedabas sin preguntar” (entrevista 10)

5.3.3. Discusión de los resultados de las entrevistas personales.

Se confirman los hallazgos encontrados durante la realización de los grupos focales, así como las conclusiones preliminares a las que se había llegado en esa fase del estudio. Además, el análisis de la información recabada mediante las entrevistas personales semiestructuradas ha permitido: 1) profundizar en el conocimiento y explicación de los hallazgos previos, 2) obtener nuevos resultados, que complementan a los previos y conducen a nuevas conclusiones, y 3) valorar toda la información en su conjunto y sintetizarla o proyectarla en un modelo explicativo del proceso de activación de los pacientes para participar en su seguridad durante la asistencia sanitaria.

Los pacientes se muestran conscientes de que el sistema sanitario es un ámbito de riesgo, en el que se producen fallos o errores, pero existen diferencias en cuanto a los conocimientos que tienen sobre los riesgos asistenciales, y en cuanto a la actitud y la capacidad para participar en su seguridad. Por una parte, las personas con menos experiencia como pacientes o aquellas que no han tenido conocimiento de ningún fallo o error en su relación con el sistema sanitario, se muestran más confiadas y, lógicamente, menos predispuestas a participar de forma activa en la mejora de su seguridad. Por otra parte, se ha visto que los pacientes con experiencias previas de haber presenciado o sufrido las consecuencias de incidentes de seguridad, están más activados pero sólo en ese aspecto en concreto (por ejemplo, errores relacionados con la medicación o con el registro de alergias) y no en otros (por ejemplo, errores de identificación del paciente). Por lo tanto, el espectro de posibilidades es muy amplio, abarcando desde pacientes que no están activados hasta los que están activados en uno o en varios aspectos relativos a su seguridad, pero no en otros. Se ha visto que cada paciente, en función de su nivel de conocimientos y sensibilización (que a su vez dependen de sus experiencias previas), presta más atención a unos aspectos que a otros, por lo que el nivel de activación es inter e intrapersonalmente heterogéneo (difiere entre pacientes y también en un mismo paciente, porque no está homogéneamente activado para los diferentes tipos de riesgos asistenciales). Por eso, incluso los pacientes que estaban ya previamente más activados, se han beneficiado de participar en esta intervención educativa dirigida a sensibilizar, informar y promover su actuación como barrera de seguridad durante el proceso asistencial.

El interés mostrado por la actividad educativa ha sido muy alto. Algunos pacientes han referido, con posterioridad a la captación telefónica, que pensaban que venían a “otra cosa”, es decir, aunque durante la conversación telefónica no entendieron exactamente en qué consistía la sesión grupal a la que estaban aceptando asistir, al tratarse de “algo relacionado con la operación” a la que se iban a someter, no dudaron en la conveniencia de participar. Probablemente la falta de información relativa al proceso asistencial que han referido los pacientes a lo largo del estudio, ha tenido un efecto tractor o potenciador del interés de los pacientes por participar en esta actividad. Sea como fuere, al final del proceso, al preguntarles sobre la utilidad de la intervención educativa, todos ellos han referido que les ha sorprendido muy favorablemente y han indicado que deberían realizarse más actividades de este tipo.

Si bien es cierto que, como resultado de la intervención educativa, todos los pacientes han visto mejorado su nivel previo de activación para participar en la prevención y detección de errores de identificación, el margen de mejora conseguido es diferente según la situación de partida de cada paciente. Así, quienes desconocían que este tipo de errores pueden darse, y que el propio paciente puede contribuir a su prevención y/o detección temprana, han pasado de no comprobar sus datos de identificación en los documentos y en la pulsera identificativa a realizar dichas comprobaciones;

y para aquellos pacientes que ya lo hacían, el hecho de tomar parte en esta actividad educativa ha supuesto un refuerzo para seguir haciéndolo y además, han adquirido conocimientos nuevos (acerca del proceso de identificación y también sobre otros aspectos relativos a su seguridad).

Los pacientes con datos de filiación muy comunes (y, por tanto, con alta probabilidad de que otra persona tenga el mismo nombre y los dos apellidos) se han mostrado mucho más concienciados que el resto de pacientes respecto a los fallos o errores de identificación y, además, se ha visto que están muy activados en este sentido porque incluso han explicado algunas de las medidas que adoptan para evitar este tipo de situaciones (como por ejemplo, solicitar que se tenga en cuenta el segundo apellido o la fecha de nacimiento para el proceso de identificación). Este ha sido el caso del paciente H1 – G2 y de la paciente M1 – G2.

Aunque las principales diferencias en cuanto a la actitud o disposición de los pacientes para actuar tienen que ver con las experiencias previas (lo cual significa que no deberíamos menospreciar el conocimiento situado o experiencial²⁰ de los pacientes frente al conocimiento experto o científico-técnico²¹ de los profesionales), hay otros factores que también influyen en el diferente comportamiento de los pacientes en relación con su seguridad, como son el género y el nivel de estudios. De hecho, el análisis global de la información recogida en el estudio indica que los pacientes hombres así como las y los pacientes con un mayor nivel de estudios, son quienes participan más activamente y/o encuentran menos dificultades para hacerlo.

Un hallazgo importante en esta fase del estudio ha sido que incluso los pacientes que están más activados y capacitados para participar actuando como barrera de seguridad frente a los fallos o errores, no siempre lo hacen, ya que hay otros factores -no dependientes del paciente- que influyen en su comportamiento, como son los factores que tienen que ver con los profesionales y los factores que tienen que ver con el contexto o las situaciones en las que se produce el encuentro clínico. En lo relativo a los profesionales, la empatía²², el trato cercano y respetuoso, el lenguaje sin tecnicismos y la capacidad para reconocer los fallos o errores han sido las características señaladas por los pacientes como factores facilitadores de la participación. En cuanto a los factores relacionados con el contexto, la percepción por parte del paciente de una situación de estrés es una situación muy disuasoria para su participación. Los pacientes han señalado que “ver al personal entrando y saliendo de las consultas, con prisas y largas colas”, así como las situaciones de “sobrecarga del sistema, falta de tiempo, descoordinación entre profesionales, profesionales eventuales, cambio de profesional responsable, personal insuficiente”, son algunos de los factores que influyen negativamente sobre las posibilidades de participación.

Otro hallazgo relevante es que la capacidad de agencia de un mismo paciente es fluctuante y varía, a lo largo del tiempo, en función de los diferentes factores mencionados.

²⁰ **Conocimiento situado o experiencial:** forma de conocimiento o habilidad que se deriva de la observación, la participación y la vivencia de una situación.

²¹ **Conocimiento experto o científico-técnico:** forma de conocimiento que se deriva del estudio profundo de una disciplina. Significa un conocimiento excelente del contenido de una disciplina determinada.

²² **Empatía:** capacidad cognitiva de percibir, en un contexto común, lo que la otra persona puede sentir; capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona y compartir sus sentimientos y emociones.

5.4. FACTORES MODULADORES DE LA PARTICIPACION DEL PACIENTE EN SU SEGURIDAD.

La participación del paciente en relación con su seguridad en el ámbito sanitario está influenciada por factores de diferente naturaleza, algunos de los cuáles se pueden considerar intrínsecos (ligados al paciente) y otros extrínsecos (independientes del paciente).

- Entre los **factores intrínsecos** destacan las características sociodemográficas del paciente (edad, género y nivel de estudios), los antecedentes médico-quirúrgicos personales y/o familiares²³ y las experiencias previas (personales o familiares), así como la situación vital en la que se encuentra el paciente y los factores ligados a la enfermedad (el empeoramiento o reagudización de la enfermedad actual y el diagnóstico de nuevos problemas de salud o procesos intercurrentes).
- Entre los **factores extrínsecos** se encuentran factores relacionados con los profesionales y factores que tienen que ver con el ambiente o contexto en el que se desarrolla la asistencia:
 - De los factores relacionados con los profesionales destacan la actitud del profesional (la empatía, el respeto), su forma de relacionarse con el paciente (modelo humanista y horizontal versus modelo paternalista y vertical), la existencia de una relación previa y el conocimiento mutuo entre paciente y profesional (confianza), así como la formación del profesional y sus creencias sobre la importancia y las posibilidades de participación del paciente en lo relativo a su seguridad (son factores que condicionan el comportamiento del profesional a la hora de alentar o desalentar al paciente para que participe activamente durante el proceso asistencial).
 - Entre los factores relacionados con el contexto, se encuentran el ámbito o nivel de atención (atención primaria, atención hospitalaria, servicios de urgencias,...) y otras circunstancias que determinan las condiciones en las que se presta la asistencia (demoras, sobrecarga asistencial, falta de tiempo, excesiva rotación de profesionales, personal insuficiente,...)

La participación del paciente en su seguridad dependerá de la interacción entre estos factores. Si bien es cierto que todos estos factores modulan la actitud y la capacidad del paciente para participar de forma activa a favor de su seguridad, algunos de ellos tienen un impacto mayor, como son los procesos intercurrentes en la vida de los pacientes y los factores extrínsecos. De tal manera que incluso los pacientes que están más motivados (se refiere al grado de activación) y preparados (se refiere al nivel de capacitación) para participar, es muy probable que no lo hagan en el caso de encontrarse bajo la influencia de estos factores. De hecho, en este estudio se ha visto que las situaciones vitales estresantes, sobre todo si tienen que ver con el empeoramiento de la enfermedad o con el diagnóstico reciente de una nueva enfermedad, son un factor debilitador de la capacidad del paciente para participar, independientemente de todo lo demás.

²³ **Antecedentes familiares:** aplica a aquellas personas sanas que han sido, o son, cuidadores habituales de algún familiar enfermo. Puede ser que, a pesar de no tener experiencia como pacientes en primera persona, tengan muchos conocimientos y experiencia por ser familiares y/o cuidadores de personas enfermas.

También impactan notablemente sobre la motivación y/ o la capacidad de participar de los pacientes, los factores relacionados con los profesionales y con el contexto en el que se desarrolla el proceso asistencial. Así, aunque el paciente esté motivado y preparado para actuar, si se encuentra con unas circunstancias adversas no lo hará, porque bajo la influencia negativa de estos factores externos, es muy probable que se produzca un efecto de evitación (retroalimentación negativa). Y, al contrario, si las características de los profesionales y las circunstancias en las que se desarrolla el encuentro clínico son favorables, se generará un ambiente propicio para la participación del paciente. Si además, como resultado de su participación, el paciente obtiene una respuesta positiva por parte de los profesionales y del entorno, tanto su actitud como su capacidad para participar en futuras ocasiones se verán reforzadas (retroalimentación positiva).

Tanto la percepción del riesgo asistencial, como la actitud y capacidad de los pacientes para actuar, están influenciadas por todos estos factores, que pueden actuar como facilitadores (efecto potenciador) o como dificultadores (efecto debilitador o disuasorio) de la participación del paciente en el proceso asistencial. De tal modo que, atendiendo a las diferentes posibilidades de combinación entre todos ellos, se podría definir cuál es el mejor escenario para permitir al paciente desarrollar su agencia interviniendo activamente a favor de su seguridad, y trabajar para promoverlo.

6. CONCLUSIONES

A continuación expongo las **conclusiones generales** del estudio, en relación con los objetivos e hipótesis planteadas al inicio del mismo.

En segundo lugar, presento **otros hallazgos del estudio** que, aunque no responden a ninguna de las hipótesis inicialmente planteadas, son también resultados relevantes y pueden ser de ayuda para futuras investigaciones.

Finalmente, por si puede ser de ayuda para otras personas que deseen continuar investigando en esta línea de trabajo, presento una **reflexión metodológica** incluyendo aspectos relativos a las posibilidades de reproducción y ampliación de la intervención educativa, y una valoración personal sobre lo que considero que pueden ser las **aportaciones y limitaciones del estudio**.

6.1. CONCLUSIONES GENERALES.

Como resultado del análisis global de toda la información recabada durante la realización de este trabajo de investigación, y en relación con los objetivos e hipótesis planteadas al inicio del estudio, se han obtenido las siguientes conclusiones:

Se confirma la Hipótesis 1: ***“Los pacientes son conscientes de que el ámbito sanitario es un entorno de riesgo, en el que se pueden producir errores, pero no están preparados para participar en su seguridad: no están activados para actuar y no son conscientes de su potencial papel como barrera de seguridad”.***

Aunque los pacientes saben que el ámbito sanitario es un entorno en el que existe riesgo de fallos o errores, en general no son conscientes del importante papel que pueden ejercer participando activamente como barrera de seguridad.

En este estudio se demuestra que, en general, los pacientes no están activados para participar en su seguridad, si bien es cierto que hay “casos negativos” o pacientes que sí lo están, debido a un fenómeno de “activación natural” en relación con sus experiencias previas o experiencia acumulada.

Las personas que tienen más experiencia, ya sea en primera persona como pacientes o en segunda persona como cuidadores de sus familiares enfermos, son las que están más preparadas para ejercer un papel activo en la reducción de los incidentes de seguridad.

Es decir, la disposición y la capacidad para actuar como barrera de seguridad en ningún caso es un elemento innato ligado a la condición de paciente, sino que requiere de un proceso de aprendizaje, durante el que se adquieren una serie de conocimientos y habilidades para participar activamente. Este proceso de aprendizaje puede ser espontáneo (auto-aprendizaje) o inducido (a través del desarrollo de acciones específicas dirigidas a activar a los pacientes en este sentido).

Se confirma la Hipótesis 2: ***“Es posible mejorar el grado de activación de pacientes en su seguridad a través de una intervención educativa apoyada en material audiovisual, así como su capacidad para participar actuando como barrera de seguridad”.***

La intervención educativa ha mejorado el grado de activación de los pacientes para participar en su seguridad, así como su capacidad para actuar en su seguridad, tanto realizada de forma grupal como individual.

Este efecto activador ha sido independiente del nivel de conocimientos y de las experiencias previas de cada paciente en lo relativo a la seguridad asistencial; es decir, todos los pacientes que han participado en la intervención educativa han salido más activados, independientemente de cuál fuera su nivel de partida:

- Los pacientes que previamente ya estaban activados en este sentido, se han activado más, ya sea porque han descubierto nuevos aspectos en los que pueden participar como barrera o porque han adquirido nuevos conocimientos o habilidades para actuar asegurando las debilidades del sistema de las que ya eran conscientes previamente. En cualquier caso, para estos pacientes, el hecho de recibir la intervención educativa ha supuesto un refuerzo de su grado de empoderamiento basal.
- Los pacientes que estaban menos activados han visto aumentado, en mayor medida, su nivel de conocimientos sobre la materia, lo que presumiblemente conllevará una mejor predisposición para actuar como barrera de seguridad en futuros contactos con el sistema sanitario.

El efecto positivo de la intervención educativa en cuanto a sensibilizar y activar a los pacientes para actuar en su seguridad no solo se ha producido para el tipo de incidente de seguridad preseleccionado (errores de identificación del paciente). Así, el efecto activador de la intervención educativa ha sobrepasado el objetivo esperado y los pacientes se han activado también en otros aspectos del proceso asistencial (resolución de dudas, abordaje de momentos de incertidumbre, prevención problemas relacionados con la medicación y las alergias). Este fenómeno es debido tanto a la interacción grupal, que ha favorecido el intercambio de experiencias y conocimientos entre los pacientes, como a la inclusión –inevitable– de otras escenas y mensajes en el vídeo educativo (además de los contenidos referidos a errores de identificación).

Se descarta la Hipótesis 3: “Las personas de mayor edad están más capacitadas para participar porque acumulan experiencias previas de contacto con el sistema sanitario”.

Las personas con más experiencia como pacientes, familiares y/o cuidadores muestran una mayor percepción del riesgo asistencial y más conocimientos sobre cuándo y cómo participar auto-protegiéndose de los fallos o errores que pueden surgir durante el proceso asistencial. Estos conocimientos y actitudes no tienen que ver tanto con la edad sino con las experiencias previas. Las personas que previamente han sufrido las consecuencias de algún fallo o error durante la asistencia sanitaria son las que se muestran más activadas -y capacitadas- para participar actuando como barrera de seguridad en futuras ocasiones, independientemente de la edad. Del mismo modo, las personas que están informadas sobre este tipo de fallos o errores, aunque no las hayan experimentado, están más dispuestas a involucrarse y participar en su prevención, independientemente de la edad. Es decir, la cualidad de las experiencias previas influye tanto o más que la cantidad de contactos mantenidos con el ámbito sanitario.

Si bien es cierto que a mayor edad, más probabilidad de haber precisado atención sanitaria en un mayor número de ocasiones, no se ha encontrado una relación directamente proporcional entre edad y nivel de activación. En base a los resultados de este estudio no se puede concluir que las personas de mayor edad estén más activadas para participar en su seguridad como pacientes. Todo dependerá de sus experiencias previas. Tampoco se puede afirmar que a mayor edad exista más dificultad para participar. Puede ser que por motivos culturales, entre otros, las personas de mayor edad que no tengan experiencia previa como pacientes prefieran adoptar un rol más pasivo. Y también se deben de tener en cuenta otras dificultades para participar asociadas a la edad (por

ejemplo, déficits neurosensoriales como pérdida de vista o de audición o deterioro de la capacidad intelectual). Pero, de ningún modo, estos factores se deben de presuponer por la edad avanzada. En definitiva, la edad es una características sociodemográfica que actúa como factor de confusión en cuanto a la participación del paciente en su seguridad, por un lado a favor de la activación (a mayor edad más probable es que se produzca el fenómeno de activación natural en base a las vivencias previas) y por otro en contra de la participación (debido a las limitaciones derivadas de las enfermedades asociadas a la edad).

Se confirma la Hipótesis 4: “El género influye tanto en las posibilidades de participación como en los resultados de la misma”.

Las mujeres participan igual o más intensamente que los hombres en el proceso asistencial pero, según los hallazgos de este estudio, su participación es menos efectiva.

En el caso de los hombres, en general, parece ocurrir lo contrario. En este estudio se ha detectado como los hombres, incluso con un menor grado de participación, obtienen la información y las ayudas que necesitan más fácilmente que las mujeres. En algunos casos se ha visto incluso como los hombres no han necesitado insistir ni tomar la iniciativa para participar, bien porque se les ha invitado a hacerlo o bien porque los profesionales han respondido mejor a sus demandas.

Los resultados de este estudio apuntan a que el género influye tanto en las posibilidades de participación como en los resultados de la misma, y además en las tres fases del estudio se han encontrado hallazgos que parecen indicar que las mujeres se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad que los hombres en lo relativo a su seguridad en el ámbito asistencial. Si bien es cierto que, para confirmar estos hallazgos y conocer en profundidad sus causas, sería necesario realizar otros estudios de investigación específicamente diseñados para este fin.

Se confirma la Hipótesis 5: “Los pacientes con mayor nivel de estudios están más capacitados para actuar como barrera de seguridad y su participación es más efectiva”.

Los pacientes con mayor nivel de estudios están más activados y se muestran más capacitados para actuar como barrera de seguridad y además, cuando lo hacen, su participación es más efectiva.

Los pacientes con menor nivel de estudios parecen tener más dificultades para tomar parte activa en el proceso asistencial y para seguir las recomendaciones, tanto verbales como escritas. Se muestran más inseguros y necesitan más ayuda para desarrollar las habilidades necesarias para participar activamente en aspectos relativos a su seguridad. Estos hallazgos parecen tener relación con aspectos tales como: sentimiento de inferioridad frente a la figura del profesional sanitario, inseguridad para asumir responsabilidades (consentimiento informado, autocuidados,...) y dificultades para entender las recomendaciones (verbales y/o escritas) así como para expresarse y/o para solicitar explicaciones o advertir a los profesionales en caso de sospechar que algo va mal.

Se confirma la Hipótesis 6: “La actitud empática, el trato respetuoso y la existencia de una relación profesional-paciente previa son factores que facilitan la participación activa de los pacientes”.

La confianza entre el paciente y el profesional y, sobre todo, la actitud que los pacientes perciben por parte de los profesionales es un aspecto clave que modula la participación del paciente. De tal modo que la existencia de una relación profesional – paciente previa (es decir, ambas personas se conocen y se ha establecido un contacto permanente en el tiempo) con un determinado nivel de confianza, es la situación más recomendable para favorecer la participación del paciente.

Así mismo, la actitud empática y el trato respetuoso por parte del profesional son los aspectos que más valoran los pacientes para generar ese ambiente de confianza, donde se encuentran más cómodos para preguntar dudas, solicitar aclaraciones o pedir más información.

Se confirma la Hipótesis 7: “El contexto en que se presta la atención sanitaria influye en el grado de participación de los pacientes, independientemente de cuál sea su nivel previo de activación y de capacitación”.

El contexto o las circunstancias en las que transcurre la atención sanitaria influyen en el grado de participación de los pacientes, independientemente de cuál sea su nivel previo de activación y de capacitación. Así, el contexto es un factor modulador independiente de la participación del paciente.

Incluso en el caso más ideal o favorable para la participación desde el punto de vista de las características del paciente (imaginemos un paciente varón, de unos 50 años de edad, con alto nivel de estudios, con experiencia como paciente y como cuidador, que previamente ha vivenciado un error de identificación durante la asistencia sanitaria y está concienciado y capacitado para participar de forma activa en la prevención de este tipo de fallos o errores), si las circunstancias en las que se desarrolla el proceso asistencial son muy adversas (imaginemos que el paciente se encuentra con un profesional diferente a quién le atiende habitualmente, que se muestra agobiado o enfadado y no le mira cuando le habla ni le da opción a preguntar, la consulta va con mucho retraso y se producen muchas interrupciones en el transcurso de la misma,...) lo más probable es que la actitud del paciente en esta situación sea más bien pasiva y que su capacidad para actuar en general, y como como barrera de seguridad en particular, esté mermada.

6.2. OTROS HALLAZGOS DEL ESTUDIO.

Aunque no responden a ninguna de las hipótesis inicialmente planteadas, los siguientes hallazgos son resultados relevantes y quizás puedan ser de ayuda para el diseño de otros estudios en esta misma línea y/o como punto de partida para el desarrollo de nuevas líneas de investigación.

- Los pacientes se muestran más dispuestos a intervenir en su seguridad en aquellos aspectos que ellos mismos (por su situación particular y por sus conocimientos y experiencias previas) perciben como de mayor riesgo y esta ponderación no tiene por qué coincidir con la percepción de los profesionales. Además es una valoración particular para cada paciente, porque no todos los pacientes se sienten en riesgo ante las mismas circunstancias. Así, ante un mismo tipo de fallo o error los pacientes no tienen la misma actitud porque, ni todos los pacientes se dan cuenta, ni todos lo perciben como igual amenaza (y ni tan siquiera un mismo paciente lo percibe de igual modo en diferentes momentos de su vida).

En base a estos hallazgos se recomienda, para el diseño de futuras investigaciones, partir de la perspectiva de los pacientes (pacientes, familiares, cuidadores y ciudadanía en general) o al menos incluirla y combinarla con la perspectiva de los profesionales, de cara a desarrollar acciones que realmente sean útiles para la población diana. También sería conveniente estratificar a la población diana en función de las características de interés, que a su vez dependerán del objetivo de cada tipo de acción. Se trata de establecer acciones dirigidas a situaciones y colectivos específicos de pacientes o ciudadanía que, por sus características y por su sensibilidad y predisposición para actuar en su seguridad, más se puedan beneficiar de ellas.

- Las experiencias previas, y el conocimiento acumulado que se deriva de dichas experiencias, ya sea como paciente, o como familiar o cuidador ejercen un efecto de “activación natural”. Este efecto es más intenso cuando se han experimentado situaciones en las que se han producido incidentes de seguridad, y más aún en el caso de haber sufrido las consecuencias de un evento adverso. En este sentido, los pacientes tienen un importante papel como vigilantes del sistema y, a través de su participación en los foros o espacios de encuentro adecuados podrían realizar importantes aportaciones, en base a su conocimiento situado o experiencial, para mejorar la calidad y la seguridad de los servicios sanitarios.
- El nivel de activación es fluctuante para un mismo paciente (es decir, existe un “*flujo de activación – desactivación*”), según una serie de factores intrínsecos y extrínsecos, entre los que las circunstancias vitales tienen una gran influencia (reagudización de la enfermedad, diagnóstico de un nuevo problema de salud, situaciones vitales estresantes, etc.). Este es un aspecto que debería ser tomado en consideración por parte de los profesionales: que el paciente no siempre puede participar. Cuando un paciente se encuentra en esta situación (a la que, desde el punto de vista de su seguridad, podemos llamar “*situación de indefensión*”) es cuando cobra mayor importancia incorporar a familiares y cuidadores. El papel que los familiares y cuidadores pueden ejercer como garantes de la seguridad del paciente ha sido ya valorado y propuesto en algunos de los estudios publicados hasta el momento. Por lo que también se recomienda incluir a familiares y cuidadores en el diseño y desarrollo de las acciones dirigidas a promover la participación del paciente.
- En algunos estudios (Kountanji et al., 2005; Coulter y Ellins, 2006; Lyons, 2007; Watt et al., 2009; Doherty y Stavropoulou, 2012) se hace alusión a los posibles efectos negativos de implicar a los pacientes en aspectos relativos a su seguridad:
 - Efectos negativos para los pacientes: incremento del nivel de miedo o ansiedad por hacerles sentir que tienen que asumir más responsabilidad como pacientes, sentimientos de inseguridad ante situaciones complejas en las que los pacientes no saben cómo tienen que actuar, temor a la respuesta negativa por parte de los profesionales si se ven cuestionados por los pacientes, etc.
 - Efectos negativos para los profesionales: la reducción del nivel de vigilancia por parte de los profesionales, delegando sobre el paciente la realización de determinadas acciones o comprobaciones durante el proceso asistencial, y la percepción de que transferir parte de la responsabilidad a los pacientes supone un riesgo más que una ventaja.

Sin embargo, los pacientes que han participado en este estudio no han manifestado (ni demostrado) ninguna de estas preocupaciones, más allá de la reacción de desconfianza inicial mostrada por dos de los pacientes en relación con los motivos por los que se estaba realizando la actividad educativa. Seguramente el hecho de haber seleccionado los errores de identificación del paciente como tipo de fallo o error sobre el cual hacer partícipe al paciente, ha influido en este resultado. Al fin y al cabo, quién mejor que el propio paciente para comprobar que el nombre, los dos apellidos y la fecha de nacimiento son los suyos y están correctamente registrados. Sería interesante explorar la reacción de los pacientes ante otros tipos de fallo o error, en nuestro ámbito, para poder contrastar el comportamiento de pacientes y profesionales y compararlo con los descubrimientos de los estudios similares realizados en otros países.

- La respuesta de los profesionales a los comportamientos activos de los pacientes a favor de su seguridad es un aspecto que tiene un gran impacto. Una respuesta negativa por parte de los profesionales puede ejercer un efecto desalentador para la participación del paciente en futuras ocasiones. El temor de los pacientes a ser vistos como “pacientes incómodos” si realizan preguntas o plantean cuestiones difíciles a los profesionales y el poder adjudicado al profesional sanitario (que tiene que ver con asignación cultural de roles, la primacía del conocimiento científico sobre el conocimiento situado y los vestigios de la relación médico-paciente tradicionalmente paternalista) son, entre otros, factores que dificultan la participación del paciente. Por lo tanto, el desarrollo de acciones específicamente dirigidas a activar a los pacientes debe acompañarse de la sensibilización y formación de los profesionales en el mismo sentido, para evitar en la medida de lo posible que se produzcan situaciones incómodas para ambos actores. En el caso que nos ocupa, la intervención educativa para alentar a los pacientes a desarrollar determinadas conductas en beneficio de su seguridad, no ha producido dichos efectos negativos, quizá porque la actuación del paciente como barrera de seguridad frente a los EIP no ha interferido en la labor de los profesionales.
- En este estudio se ha detectado un déficit en cuanto a las rutinas de los profesionales, que durante el proceso asistencial seleccionado no suelen comprobar los datos identificativos que figuran en la pulsera de identificación del paciente y/o en otros tipos de documentos clínicos asistenciales. Además, en base a la información aportada por los pacientes, se ha visto que los profesionales no siempre contrastan adecuadamente la identificación del paciente de forma verbal. Aunque los hallazgos indican que los profesionales utilizan más el procedimiento verbal para evitar los EIP, no siempre lo hacen de forma adecuada, por lo que la identificación inequívoca del paciente no es una práctica adecuadamente implantada en nuestro ámbito. Por lo que ésta es una línea de trabajo a abordar de forma específica en breve, teniendo en cuenta que además, de ahora en adelante, las nuevas tecnologías van a suponer un cambio sustancial en el proceso de identificación tanto del paciente como de los documentos y de las muestras biológicas: los procesos de identificación partirán directamente de la lectura del código de barras de la pulsera identificativa del paciente. Por tanto, si se colocara a un paciente una pulsera identificativa equivocada, este fallo podría actuar como catalizador de otros fallos sucesivos y el impacto sobre uno o ambos pacientes (si se intercambian datos entre dos pacientes) sería exponencial.
- Por último, otro de los resultados a destacar de este estudio es que los pacientes activados han influido muy positivamente en las personas de su entorno (familiares, cuidadores, amistades,...) aumentando su grado de concienciación y activación en esta materia. Es lo que se conoce como efecto “bola de nieve”. Éste es un elemento muy importante a considerar a la hora de valorar la efectividad y la eficiencia de este tipo de intervenciones educativas y plantear su generalización.

6.3. REFLEXION METODOLOGICA, APORTACIONES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Reflexión metodológica.

Desde el punto de vista metodológico, la trayectoria del estudio ha sido la siguiente:

- **DIAGNÓSTICO:** revisión de los antecedentes y estado actual de la cuestión sobre la participación del paciente en la seguridad de la asistencia sanitaria.
- **EXPERIMENTO:** diseño y aplicación de una intervención educativa para activar a los pacientes en un aspecto específico relativo a su seguridad.
- **RESULTADOS:** evaluación del efecto de la intervención educativa sobre el nivel de activación de los pacientes, conocimiento de factores que influyen sobre la participación del paciente en su seguridad y modelo explicativo del proceso de activación de los pacientes en su seguridad
- **CONCLUSIONES:** interpretación de los resultados, identificación de mejoras a introducir en el sistema y propuesta de nuevas líneas de investigación.

Sobre el estado actual de la cuestión, la revisión de las fuentes de información secundaria ha aportado más conocimiento sobre aspectos teóricos que sobre metodología práctica, pues existen pocos estudios empíricos sobre propuestas metodológicas para activar a los pacientes en su seguridad. Los artículos publicados que aportan más evidencia son revisiones sistemáticas de otros trabajos, que se basan a su vez en el análisis de información recogida a través de cuestionarios y encuestas realizadas a los pacientes para conocer sus opiniones y experiencias en relación con un determinado proceso asistencial. También, en algunos de los estudios, se tiene en cuenta la información aportada por los profesionales, y en estos casos se realiza una valoración sobre aspectos que tienen que ver con la participación de los pacientes pero desde la perspectiva de los profesionales, no desde el punto de vista de los pacientes. No obstante, a partir de toda esa información, se aportan conclusiones respecto a los aspectos en los que es más evidente que la participación del paciente es ventajosa, y conclusiones sobre cuáles son las dificultades y los obstáculos a abordar para promover dicha participación.

El presente estudio es una propuesta metodológica sobre cómo activar al paciente y promover su participación como barrera de seguridad. Los resultados de la intervención educativa han sido muy buenos, superando incluso las expectativas, ya que todos los pacientes han visto mejorado su nivel de activación previo y además no solo se han activado para el tipo de incidente de seguridad priorizado sino que, simultáneamente, han mejorado su nivel de sensibilización y conocimiento sobre otros aspectos clave relativos a su seguridad. En cualquier caso, independientemente de la técnica educativa que se utilice, lo que parece ser un factor clave de éxito es la concienciación de los pacientes respecto a los problemas de seguridad en los que pueden participar, para lo que la información clara y franca es imprescindible. Como se ha visto a lo largo del estudio difícilmente los pacientes podrán participar de algo que desconocen.

En cuanto a los contenidos y la calidad del vídeo utilizado, se han detectado algunos efectos que conviene considerar para el diseño de futuros materiales educativos de carácter audiovisual:

- En el vídeo educativo se ha mostrado un error de identificación de la paciente en el informe de alta, de forma exclusiva y no en otros documentos ni en otros momentos del proceso asistencial. Esto puede condicionar a los pacientes a pensar que es durante el alta cuando más

errores se producen, por lo que parece recomendable prestar mucha atención a la forma de mostrar los fallos o errores.

- Además, las imágenes que aparecen resaltadas o repetidas tienen un gran impacto sobre la valoración que hacen los pacientes de los momentos de mayor riesgo. Así, los pacientes han recordado la importancia de chequear sus datos en la pulsera identificativa y en el informe de alta pero, sin embargo, no han mostrado la misma actitud en cuanto a realizar esta comprobación en el resto de informes o en otros momentos del proceso asistencial, pues parece que esos momentos de interés, al no haber sido remarcados o resaltados en las imágenes (esto podría ser el motivo) no se han conseguido transmitir tan bien a los pacientes (no se les han quedado tan “grabados” en la memoria).

Por lo tanto, sería recomendable intentar mejorar la eficiencia del material educativo audiovisual, por ejemplo, mostrando simultánea o paralelamente diferentes mensajes acerca de qué prácticas o comportamientos se recomiendan y cuáles no (a modo de binomio “bien – mal”).

Aportaciones el estudio.

Las principales aportaciones que este estudio puede realizar al conocimiento o estado actual de la cuestión son las siguientes:

- El estudio se ha desarrollado en las condiciones reales o habituales de la práctica asistencial actual, se han incorporado (desde la fase del diseño del vídeo educativo) la visión y las aportaciones de una paciente con experiencia en el proceso asistencial seleccionado, y se han recogido las experiencias de 12 pacientes tras finalizar su paso por él. Por lo que podemos afirmar que este estudio aporta ***conocimiento cualitativo desde el punto de vista de las y los pacientes***, y no solo desde el punto de vista de los profesionales y gestores del sistema sanitario.
- Desde el punto de vista metodológico, el diseño y desarrollo de este estudio suponen una ***propuesta metodológica para activar a los pacientes en su seguridad***. Se ha comprobado que:
 - El grado de participación de los pacientes en relación con su seguridad en el ámbito sanitario aumenta tras recibir información y pautas de actuación breves y claras.
 - En la capacidad de participación de los pacientes para mejorar su seguridad influyen características sociodemográficas del paciente, su situación vital y las experiencias previas, así como factores relacionados con los profesionales que le atienden y al contexto en el que se desarrollan las actividades asistenciales.
 - Es posible empoderar a los pacientes a través de la realización de actividades educativas que refuercen los conocimientos sobre el proceso asistencial en el que se van a sumergir. La información reduce la incertidumbre y el nivel de ansiedad de los pacientes, favoreciendo y aumentando sus posibilidades de participación.
- Desde el punto de vista teórico, este estudio realiza diferentes aportaciones:
 - Se propone una ***actualización del modelo teórico*** que se está utilizando para explicar la causalidad de los incidentes de seguridad del paciente en el ámbito sanitario y que, hasta ahora, solo ha contemplado al paciente como receptor del daño derivado de los fallos o errores. Con este estudio se demuestra que los pacientes pueden ejercer su agencia como

- barrera de seguridad durante la asistencia, lo que supone un cambio de perspectiva sobre el rol de los pacientes.
- Contribución a la **formulación de un modelo explicativo del proceso de activación y participación del paciente en su seguridad**, con diferentes niveles o peldaños:
 - Información (tomar conciencia de la situación, activación)
 - Formación (saber qué es lo que hay que hacer y lo que no)
 - Entrenamiento (desarrollar las habilidades necesarias para participar)
 - Puesta en práctica lo aprendido (participación) cuando se da la oportunidad para ello
 - Obtención de una respuesta positiva por parte de los profesionales y del sistema (retroalimentación positiva)
 - Repetición y fortalecimiento de la participación y adquisición de nuevos conocimientos y habilidades (empoderamiento).
 - Es necesario ampliar el **concepto de paciente** de tal modo que, al menos en lo relativo a su seguridad, el término “paciente” incluya no solo a la persona que precisa asistencia, sino también a sus familiares y/o las personas que le acompañan y le cuidan. De tal modo, que las acciones para promover su participación en seguridad deberían también ir dirigidas a involucrar a familiares y cuidadores. A su vez, esto nos lleva a reflexionar sobre la conveniencia de considerar tanto al paciente como a su entorno y dirigirnos, en futuros procesos de intervención, a la ciudadanía en general. Se trata de salir del hábitat sanitario al ámbito comunitario.
 - Del análisis de la información obtenida a lo largo del estudio se derivan **nuevos conceptos** que pueden ser de interés en el campo de la seguridad del paciente:
 - Fenómeno de “activación natural”, en cuanto a la activación propia
 - Efecto “bola de nieve”, en cuanto a la activación en cascada de las personas del entorno del paciente
 - “Zonas de penumbra”, en cuanto a las áreas del proceso asistencial en las que el paciente no tiene oportunidad ninguna para participar
 - “Situación de indefensión”, cuando el paciente no puede ser agente

Limitaciones del estudio.

En cuanto a las limitaciones del estudio, cabe destacar las siguientes:

- Se necesitan otras investigaciones para profundizar en las diferencias de género detectadas en este estudio. Aunque en las tres fases sucesivas del estudio se han encontrado hallazgos que apuntan a que el género (tanto de los pacientes como de los profesionales) está condicionando tanto la forma en la que participan los pacientes como los resultados de dicha participación, se requieren nuevas investigaciones enfocadas a verificar estos hallazgos y a determinar las causas de los mismos, incorporando también a los profesionales como sujeto de estudio. Algunos de los aspectos que precisarían ser explorados con mayor profundidad son los siguientes:
 - La diferente forma de participar, como pacientes, de las mujeres y de los hombres.
 - La diferente forma de asumir la participación por parte de los profesionales, según si procede de pacientes mujeres o de pacientes hombres, y también en función del género de los propios profesionales.

- En el caso de que las posibilidades de participación del paciente en su seguridad estén condicionadas por el género (como categoría social), sería interesante ver qué repercusión tiene en cuanto al riesgo de sufrir incidentes de seguridad. De este supuesto podría arrancar una nueva línea de investigación dirigida a contrastar la hipótesis de que también en lo relativo a la seguridad del paciente, como en muchos otros ámbitos de la vida social, existen diferencias de género.
- Sería necesario estudiar con mayor detalle la influencia de la edad en las actitudes y habilidades para participar, e intentar averiguar qué factores o circunstancias vitales comparten las personas activas -como pacientes- de diferentes rangos de edad. Para ello se podría utilizar la técnica de las historias de vida o realizar grupos de discusión específicos según rangos de edad.
- Para saber si se ha producido un empoderamiento de las personas participantes en el estudio, se necesitaría realizar un seguimiento con evaluaciones periódicas (6 – 12 – 24 meses, por ejemplo) y así poder valorar si el nivel de activación alcanzado se mantiene y se potencia con el transcurso del tiempo.
- Ninguna de las personas participantes en el estudio ha detectado, durante su proceso asistencial, errores de identificación ni en la documentación ni en la pulsera identificativa, por lo que no sabemos qué hubiera pasado si se hubiera dado esta circunstancia: qué comportamiento hubiera tenido el paciente y cuál habría sido la respuesta de los profesionales ante dicho comportamiento.

Como conclusión final, tras la realización del presente estudio y el aprendizaje obtenido de él, *lo que yo recomendaría a quienes deseen continuar trabajando en esta línea*, es el diseño y desarrollo de acciones educativas dirigidas a informar, sensibilizar, formar y entrenar a los pacientes -y a la ciudadanía en general- en aspectos relativos a su participación como barrera de seguridad en el ámbito sanitario:

- utilizando tanto la información verbal durante los encuentros asistenciales, como materiales escritos y audiovisuales que puedan ser divulgados dentro y fuera del sistema sanitario,
- desarrollando acciones informativas y educativas tanto en los entornos asistenciales como no asistenciales que se valoren más oportunos en cada caso, y
- diseñando y dirigiendo las acciones a colectivos o segmentos de población específicos.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ACSQHC: Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (2005). "10 Tips for Safer Health Care". [Internet], disponible en: <https://www.safetyandquality.gov.au/publications/10-tips-for-safer-health-care-fact-sheet-pdf-66-kb/> [Consultado el: 15/01/2018].
- AHRQ: Agency of Healthcare Research and Quality (2011). "Veinte consejos para ayudar a evitar errores médicos". [Internet], disponible en: <https://www.ahrq.gov/patients-consumers/care-planning/errors/20tips/20tipssp.html> [Consultado el: 15/01/2018].
- Blas, Asier e Ibarra, Pedro (2006). "La participación: estado de la cuestión". Cuadernos de Trabajo de Hegoa, 39. Bilbao. [Internet], disponible en <http://publ.hegoa.efaber.net/publications/7> [Consultado el: 15/01/2018].
- Brennan, Troyen. et al. (1991). "Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study". *The New England journal of medicine*, 324(6), 370-384.
- Charmel, Patrick y Frampton, Susan (2008). "Building the business case for patient-centered care". *Healthcare Financial Management*, 62(3), 80-85.
- Chassin, Mark y Becher Elise (2002). "The wrong patient". *Annals of Internal Medicine*, 136(11), 826-833.
- Coulter, Angela y Ellins, Jo (2006). *Patient-focused interventions: A review of the evidence*. London: Picker Institute Europe.
- ____ (2007). "Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients". *BMJ (clinical research ed.)*, 335(7609), 24-27.
- Coulter, Angela (2011). *Engaging patients in healthcare*. Edición de McGraw-Hill Education. Oxford: Oxford University Press.
- Council of Europe, Committee of Ministers (2006). "Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to Member States on Management of Patient Safety and Prevention of adverse Events in Health Care". Bruselas. [Internet], disponible en: <http://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75> [Consultado el 15/01/2018].
- Davies, Elizabeth y Cleary Paul (2005). "Hearing the patient's voice? Factors affecting the use of patient survey data in quality improvement". *Quality and Safety in Health Care*, 14, 428-432.
- Davis, Peter. et al. (2001). "Adverse events regional feasibility study: indicative findings". *The New Zealand medical journal*, 114(1131), 203-512.
- Davis, Rachel. et al. (2007). "Patient involvement in patient safety: What factors influence patient participation and engagement?" *Health Expectations*, 10, 259-267.
- Davis, Rachel; Sevdalis, Nick y Vincent, Charles (2011). "Patient involvement in patient safety: how willing are patients to participate?" *BMJ quality & safety*, 20(1), 108-14.
- Doherty, Carole y Stavropoulou, Charitini (2012). "Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: A systematic literature review". *Social Science & Medicine*, 75, 257-263.
- Epstein, Ronald y Street, Richard (2011). "The Values and Value of Patient-Centered Care". *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103.
- Fajardo, Germán. et al. (2010). "Recomendaciones para la coparticipación del paciente y sus familiares en el cuidado de su seguridad en el hospital". *Revista CONAMED*, 15 (1), 43-56.
- Fernández de Sanmamed, María José y Calderón, Carlos (2003). "Investigación cualitativa en Atención Primaria", en Amando Martín y Juan Francisco Cano. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Vol I, quinta edición. Madrid: Elsevier. (224-249).
- Forster, Alan. et al. (2004). "Ottawa Hospital Patient Safety Study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital". *Canadian Medical Association journal*, 170(8), 1235-1240.

- Fundació Biblioteca Josep Laporte (2003). "Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes". Barcelona. [Internet], disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/070806132617.pdf> [Consultado el: 15/01/2018].
- García, María del Mar y Mateo, Inmaculada (2000). "El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica". *Atención Primaria*, 25 (3), 115-122.
- Gobierno Vasco (1997). "LEY 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euskadi", en Boletín Oficial del País Vasco de 21 de julio de 2017. [Internet], disponible en: <https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/1997/07/9703850a.pdf> [Consultado el: 15/01/2018].
- Gobierno Vasco (2013). "Líneas estratégicas del Departamento de Salud 2013-2016", en Departamento de Salud. [Internet], disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/lineas_estrategicas_%20castellano.pdf [Consultado el: 15/01/2018].
- Gobierno Vasco (2014). "Libro Blanco de Democracia y Participación Ciudadana para Euskadi. Un punto de partida", en Departamento de Salud. [Internet], disponible en: https://www.irekia.euskadi.eus/uploads/attachments/5630/Libro_Blanco_DyPC_Un_punto_de_partida_e_s.pdf?1418977960 [Consultado el: 15/01/2018].
- Gobierno Vasco (2015). "Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi", en Boletín Oficial del País Vasco de 4 de agosto de 2015. [Internet], disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/derechos_deberes_presentacion/es_def/adjuntos/texto_consolidado_decreto_derechos_y_deberes.pdf [Consultado el: 15/01/2018].
- Hain, Paul et al. (2009). "An intervention to decrease patient identification band errors in a children's hospital". *Quality & Safety in Health Care*, 2010 (19), 244-247.
- Health Research & Educational Trust (2013). "A Leadership Resource for Patient and Family Engagement Strategies". Chicago. [En línea], disponible en: www.hpoe.org/Patient-family-engagement [Consultado el: 15/01/2018].
- Hibbard, Judith y Greene, Jessica (2013). "What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs". *Health affairs*, 32(2), 207-214.
- Holman, Halsted y Lorig, Kate (2000). "Patients as partners in managing chronic disease". *BMJ*, 320, 526.
- ISMP: Institute for Safe Medication Practices. [Internet], disponible en: <https://safemedicationuse.ca/report/> [Consultado el: 15/01/2018].
- Jefferis, Lianne. et al. (2013). "Implementing an interprofessional patient safety learning initiative: insights from participants, project leads and steering committee members". *BMJ Quality & Safety*, 22(11), 923-930.
- Juaristi, Patxi (2003). *Gizarte ikerketarako teknikak. Teoría eta adibideak*. Bilbao: Universidad del País Vasco. [Internet], disponible en: <https://web-argitalpena.adm.ehu.es/pdf/USWEB035407.pdf> [Consultado el: 15/01/2018].
- Kemper, Carol. et al. (2013). "Engaging patients and families in system-level improvement: a safety imperative". *Nursing Administration Quarterly*, 37(3), 203-215.
- Kohn, Linda; Corrigan, Janet y Donaldson, Molla (1999). *To err is human: Building a safer health system*. Committee on Quality of Health Care in America: INSTITUTE OF MEDICINE. Washington, DC: National Academy Press.
- Kountantji, Mary. et al. (2005). "The patient's role in patient safety: Engaging patients, their representatives and health professionals". *Clinical Risk*, 11(3), 99-104.
- Leape, Lucian (1994). "Error in Medicine". *JAMA*, 272(23), 1851-1857.
- Letaief, Mondher. et al. (2010). "Adverse events in a Tunisian hospital: results of a retrospective cohort study". *International Journal for Quality in Health Care*, 22(5), 380-385.
- Longtin, Yves. et al. (2010) "Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety". *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 53-62.

- Lorenzo, Susana (2008). "Hacia nuevos planteamientos de calidad. El paciente como coprotagonista. Informe SESPAS 2008". *Gaceta Sanitaria*, 22(Supl 1), 186-191.
- Lyons, Melinda (2007). "Should patients have a role in patient safety? A safety engineering view". *Quality & Safety in Health Care*, 16, 140-142.
- MDH: Minnesota Department of Health (2009). "Consumer Guide to Adverse Health Events". [Internet], disponible en: <http://www.health.state.mn.us/patientsafety/publications/consumerguide.pdf> [Consultado el: 15/01/2018].
- Mendes, Walter. et al. (2009). "The assessment of adverse events in Brazilian hospitals". *International Journal for Quality in Health Care*, 21(4), 279-284.
- Michel, Philippe. et al. (2007). "French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff". *Quality & Safety in health care*, 16, 369-377.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). "Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización: ENEAS 2005". Madrid. [Internet], disponible en <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf> [Consultado el: 15/01/2018].
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). "Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el Sistema Nacional de Salud" en Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid. [Internet], disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Declaracion_pacientes.pdf [Consultado el: 15/01/2018].
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2009). "Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente" en Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. [Internet], disponible en: <http://formacion.seguridaddelpaciente.es/> [Consultado el: 15/01/2018].
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). "Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020". [Internet], disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2> [Consultado el: 15/01/2018].
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). "Red de Escuelas de Salud para la ciudadanía". [Internet], disponible en: www.escuelas.msssi.gob.es [Consultado el: 15/01/2018].
- Mira, José Joaquín (2004). "El paciente competente, una alternativa al paternalismo". *Monografías Humanitarias*, 8, 111-123.
- NPSA: National Patient Safety Agency. National Reporting and Learning System (NRLS). [Internet], disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/report-a-patient-safety-incident/patient-public-reporting/> [Consultado el: 15/01/2018].
- OMS: Organización Mundial de la Salud (2005). Recomendaciones de la Alianza mundial para la Seguridad de los Pacientes. "Pacientes en defensa de su seguridad". Disponible en http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/es/ [Consultado el 15/01/2018].
- Osakidetza (2013). "Líneas estratégicas y planes de acción de Osakidetza 2013-2016". [Internet], Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/estrategia/lineasEstrategicasOsakidetza.pdf [Consultado el 15/01/2018].
- Osakidetza (2013). "Estrategia de Seguridad del Paciente en Osakidetza 2013-2016". [Internet], disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/publica/SeguridadPacienteEs.pdf [Consultado el 15/01/2018].
- Palacio, Fernando y Silvestre, Carmen (2006). "Participación del paciente como estrategia de mejora de calidad". *Atención Primaria*, 38(8), 461-464.
- Patton Michael (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Prieto, María Ángeles y March, Juan Carlos (2002). "Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales". *Atención Primaria*, 29 (6), 366-373.

- Reason, James (1990). *Human Error*. New York: Cambridge University Press.
- ____ (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot UK: Ashgate Publishing.
- ____ (2000). "Human error: models and management". *BMJ: British Medical Journal*, 320(7237), 768-770.
- Ruiz Olabuénaga, José (1999). *Metodología de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Saturno, Pedro (2009). "Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica". *Revista de Calidad Asistencial*, 24(3), 124-130.
- Schiøler Thomas. et al. (2001). "Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records". *Ugeskrift for laeger*, 163(39), 5370-5378.
- Schwappach, David (2010). "Engaging patients as vigilant partners in safety. A systematic review". *Medical Care Research and Review*, 67(2), 119-148.
- Simi, Silvana y Patoia, Lucio (2010). "The importance of being patient". *The Journal of Ambulatory Care Manage*, 33(3), 257-264.
- Soop, Michael. et al. (2009). "The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study". *International Journal for Quality in Health Care*, 21(4), 285-291.
- The Health Foundation (2013). "Evidence scan: Involving patients in improving safety". Londres. [En línea], disponible en: <http://www.health.org.uk/sites/health/files/InvolvingPatientsInImprovingSafety.pdf> [Consultado el: 15/01/2018].
- The Joint Commission (2002). "Speak Up Initiatives". [Internet], disponible en: <https://www.jointcommission.org/speakup.aspx> [Consultado el: 15/01/2018].
- Vincent, Charles y Coulter, Angela (2002). "Patient safety: what about the patient?" *Quality and Safety in Health Care*, 11, 76-80.
- Vincent, Charles; Neale, Graham y Woloshynowych, Maria (2001). "Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review". *BMJ (Clinical research ed.)*, 322(7285), 517-519.
- Watt, Ian et al. (2009). *A review of strategies to promote patient involvement, a study to explore patient's views and attitudes and a pilot study to evaluate the acceptability of selected patient involvement strategies*. Patient Safety Research Programme PS/O34. University of York.
- Wilson, Ross. et al. (1995). "The Quality in Australian Health Care Study". *The Medical journal of Australia*, 163(9), 458-471.
- Zegers, Marieke. et al. (2009). "Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study". *Quality & Safety in health care*, 18(4), 297-302.

8. ANEXOS

Anexo I. Campaña de sensibilización ciudadana de Osakidetza

					 <p>Tú también eres importante para tu seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none">  Identifícate  Conoce tu tratamiento  Verifica la documentación que se te entrega  Si eres alérgico, hazlo saber siempre  No te quedes con dudas <p> OSAKIDETZA COMPROMISO CON LAS PERSONAS</p>
<p>IDENTIFÍKAZAITEZ</p> <p>Osakidetzarekin duakazun edozein harremanetan, erakutsi beti nortaren agiriaren bat (NAM edo pasaporte), eta baita zure Osasun Tarjeta Individualista ere (OTI)</p>	<p>EZAGUTU zure tratamendua</p> <p>Jakin behar duzu zeintzuk diren hartzen ari zaren medikamentuak, eta nola, noiz eta zertarako hartu behar dituzun. Hartzen ari zaren medikamentuen zerrenda eskatu, eta informazio hau idatzita edukitu: izena, dosia, noiz eta nola hartu behar dituzun, eta zenbat denboran zehar ere bai. Eduki beti eskura zerrenda hori osasun zentroa edo ospitalera zozkenean. Idatzi zerrenda, halaber, zeintzuk diren hartu ohi dituzun erretzetan gabeko medikamentuak, bitaminak, sendabelarrak eta abar.</p>	<p>EGIAZTATU ematen dizuten dokumentazio guztia</p> <p>Txostenak, erretzetak, bolantak edo beste-lako dokumentazioa hartzean, egiaztatu ondo identifikatuta ote dauden, zure izen-abizenak agertzen ote diren, hain zuzen ere.</p>	<p>Alergikoa bazara, beti JAKINARAZI hori</p> <p>Gogoratu zure erretzetan ematen dizutenek, zeintzuk diren alergia sorrazten dituzten produktu edo medikamentuak.</p>	<p>Ez izan ZALANTZARIK</p> <p>Ezagutu ondo zeintzuk diren zure osasun-arazoak eta behar duzun tratamendu-plana. Zure burus behar bezala zeintzeko, galdetu zalantza guztiak.</p>	

					 <p>Zuk ere baduzu zeresana zeure segurtasunean:</p> <ul style="list-style-type: none">  Identifika zaitetz  Ezagutu zure tratamendua  Egiaztatu ematen dizuten dokumentazio guztia  Alergikoa bazara, beti jakinarazi hori  Ez izan zalantzarik <p> OSAKIDETZA PERSOIA HEBELARU</p>
<p>IDENTIFÍCATE</p> <p>En cualquier contacto que tengas con Osakidetza muestra siempre un documento identificativo (DNI o Pasaporte) y tu Tarjeta de Identificación Sanitaria (TS).</p>	<p>CONOCE tu tratamiento</p> <p>Debes saber qué medicamentos estás tomando y cómo, cuándo y para qué debes tomarlos. Solicita una lista con todos los medicamentos que tomas en la que aparezcan el nombre, la dosis, cuándo y cómo tienes que tomarlos y durante cuánto tiempo. Ten a mano esa lista en las visitas que hagas a tu centro de salud u hospital. Incluye en ella los medicamentos sin receta, vitaminas, plantas medicinales, etc... que tomas habitualmente.</p>	<p>VERIFICA la documentación que se te entrega</p> <p>Cuando te entreguen informes, recetas, volantes o cualquier otro tipo de documentación comprueba que están correctamente identificados con tu nombre y dos apellidos.</p>	<p>Si eres alérgico, HAZLO SABER siempre:</p> <p>Recuerda siempre a las personas que te atienden los productos o medicamentos a los que eres alérgico.</p>	<p>No te quedes con DUDAS</p> <p>Conoce bien tus problemas de salud y el plan de tratamiento que necesitas. Consulta tus dudas para que puedas cuidarte adecuadamente.</p>	

Anexo II. Flujograma del proceso asistencial selecciondo

En la siguiente tabla se muestra cuál es la secuencia cronológica habitual del proceso asistencial “intervención quirúrgica programada de Traumatología” y se indican cuáles son los documentos en los que se debe realizar la comprobación de los datos de identificación del paciente.

	SECUENCIA PROCESO HABITUAL	DOCUMENTOS A CHEQUEAR
1º	Interconsulta a Traumatología	1. Volante de derivación de Atención Primaria a Traumatología: valoración de necesidad de intervención quirúrgica (IQ)
2º	Valoración por Sº Traumatología (indicación quirúrgica)	2. Informe “Evolutivo de Traumatología” 3. Volante Rx simple valoración Traumatología 4. Consentimiento informado (CI) para IQ 5. Introducción en lista de espera Pruebas complementarias “Preoperatorio“: 6. Analítica 7. ECG 8. Radiografía tórax
3º	Valoración por Sº Anestesia	9. Informe “Evolutivo de Anestesia” 10. Solicitud de pruebas (ecocardio,...) 11. CI para Anestesia 12. CI para Trasfusión sanguínea (si procede) 13. Solicitud reserva de sangre (si procede)
4º	Intervención quirúrgica	14. Hoja clínico-estadística 15. Protocolo diabetes y cirugía (si procede) 16. Cuidados quirúrgicos 17. Checklist quirúrgico 18. Gráfica de anestesia 19. Indicación farmacológica 20. Informe quirúrgico 21. Informe biopsia (si procede)
5º	Ingreso hospitalario	22. Informe “Evolutivo durante el ingreso”
6º	Alta	23. Hoja de pauta de sintrom (si procede) 24. Informe de alta 25. Continuidad de cuidados

Anexo III. Criterios de calidad del registro de los datos de identificación del paciente en la documentación clínica y clasificación de los tipos de error

A continuación se describen: 1) las categorías a asignar a cada uno de los 25 documentos que forman parte del proceso asistencial (detallados en el anexo II), según la calidad del registro de los datos de identificación del paciente y 2) la clasificación según tipo de error en el registro de los datos de identificación del paciente y gravedad.

1) Categorías según la calidad de registro de los datos de identificación del paciente:

1. “identificación correcta” (deberán constar **el nombre, los dos apellidos y la fecha de nacimiento**, AUNQUE se admitirá también como identificación correcta el nombre completo y el nº historia)
2. “datos de otro paciente”
3. “un único identificador”
4. “pegatina cortada”
5. “sin datos de identificación”
6. “sin datos de identificación en hojas sucesivas”
7. “error tipográfico”
8. “ausencia de documento”
9. “no se puede identificar si corresponde al episodio” (documento correctamente identificado respecto a datos del paciente pero no respecto al episodio al que corresponde)
0. “no procede”

2) Clasificación de los tipos de error de identificación según el nivel de gravedad:

En base a las 10 categorías previamente definidas **se establecieron 3 niveles de gravedad:**

- Error de identificación GRAVE: se ha producido con seguridad un error de identificación entre dos pacientes (que ha podido repercutir a uno o a ambos pacientes). Corresponde a la categoría 2.
- Error de identificación MODERADO: situaciones en las que se ha podido producir un EI. Son las categorías 5., 8., y 9.
- Error de identificación LEVE: circunstancias que aumentan la probabilidad de que se produzcan EI. Se incluyen en este nivel de gravedad las categorías 3., 4., 6., y 7.

En la categoría 1. “identificación correcta” se incluyen los documentos sin ningún tipo de error en el registro de los datos de identificación del paciente.

La categoría 0. “no procede” se utiliza para indicar que el documento no consta en la historia clínica porque, por diferentes motivos, no ha sido necesario para la correcta asistencia al paciente.

Anexo IV. Fases del estudio preliminar

1. Diseño del estudio: transversal descriptivo mediante auditoría de HC; selección de 142 historias clínica (HC) mediante secuencia de aleatorización (suministrada por la experta en estadística de la Unidad de Investigación del H. Galdakao-Usansolo).
2. Diseño de la base de datos: incluyendo los campos necesarios para registrar las variables descriptivas (edad, género, tipo de procedimiento y necesidad o no de ingreso hospitalario) y los documentos a chequear, según el flujograma del proceso de IQ programada Traumatología (hasta 25 tipos de documento por cada episodio quirúrgico).
3. Recogida de los datos: a cada uno de los 3525 documentos a chequear (25 tipos de documento por episodio quirúrgico) se le asigna una de las 10 categorías de calidad del registro de datos identificativos del paciente. Para ello es necesario chequear tanto los documentos que están en episodios de la HC en soporte papel como aquellos documentos que están escaneados e indexados, y los que ya desde su inicio están informatizados.
4. Análisis estadístico de los datos (por la profesional de referencia de la Unidad de Investigación).
5. Interpretación de los resultados y conclusiones preliminares.
6. Presentación a los servicios implicados (a los jefes de Documentación clínica, Traumatología y Anestesia) y conclusiones finales.
7. Propuesta de medidas o acciones de mejora:
 - En base a las conclusiones finales y a la valoración, tanto del estudio realizado como de los resultados del mismo, por parte de los servicios implicados
 - Definir los documentos clave para incluir en auditorías de calidad de la documentación clínica
 - Determinar y proponer las medidas específicas para prevenir y/o resolver los problemas más relevantes encontrados en este estudio
 - Educar a los pacientes sobre la importancia de colaborar en su correcta identificación y enseñarles a chequear la documentación y mostrarles las oportunidades que tienen para ello (momentos clave para su participación)

Anexo V. Guion del vídeo educativo

SARRERA

Profesional sanitarioak hortxe gauzkazu laguntzeko prest osasun arazoa daukazunean. Asistentzia sanitarioak hutsegiteak detektatzeko segurtasun-mekanismoak dauzka; hala eta guztiz ere, batzuetan gertatu egiten dira. Halakoetan, berebizikoa da ahalik eta lasterren antzematea.

Laster, Galdakao-Usandolo Ospitaleko Traumatologia Zerbitzuaren eskutik, ebakuntza egingo dizute.

Zure segurtasuna hobetzeko zer egin dezakezun erakusten duen bideoa erakutsiko dizugu. Bertan, biziko dituzun zenbait une azalduko dira. Gerta daitezkeen erroreari aurre hartu diezaiokezu, hesi modura jokatu. Ematen dizkizugun agirietako identifikazio-datuak zuzenak ote diren egiaztatzeko eskatzen dizugu bakarrik.

NARRAZIOA

Osasun arazoa daukazunean, zure familia medikua izan ohi da, behin kasua aztertuta, behar duzun arreta zein den erabakiko duena. Kasu honetan, traumatologoarenera bideratuko zaitu. Bolantearekin bezeroen arreta gunera joan beharko duzu hitzordua eman diezazuten. Garrantzitsua da oso zeure burua identifikatzea, egoki den agiria aurkeztuz (NAN, eta osasun txartela). Ematen dizkizuten agirietako datuak zuri dagozkizula egiaztatu ezazu.

Hitzorduarenegunean traumatologoarenera joan zara. Berak kasua aztertuko du, eta ebakuntza egin behar ote den esango dizu. Ebakuntza egin behar badizute, ebakuntza-aurreko probak egiteko bolanteak emango dizkizu, eta itxaron-zerrendan jartzeko eskabide-orria sinatu beharko duzu. Ebakuntzak berekin dakartzan arriskuak —baimen informatuan ere irakurri ahal izango dituzunak— ondo azaltzea eta ulertzea inportantea da. Ez ahaztu agertzen diren datuak zureak direla egiaztatzea.

Anestesistak ebakuntza aurreko proben emaitzak baloratuko ditu, baita zure egungo osasun-egoera eta hartzen dituzun botikak ere. Anestesiaren arriskuak zein diren azalduko dizu, eta, behin ulertuta, baimen informatua sinatu beharko duzu.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios estamos para ayudarte cuando tienes un problema que afecta a tu salud. La asistencia sanitaria cuenta con mecanismos de seguridad para detectar fallos; pero aun así a veces se producen. En este caso, es vital detectarlos lo más pronto posible.

Próximamente vas a ser operado por el servicio de Traumatología del Hospital Galdakao-Usansolo.

Te vamos a mostrar un vídeo con los diferentes momentos por los que vas a pasar, para enseñarte cómo puedes participar en la mejora de tu seguridad. Tú mismo puedes actuar como barrera ante los posibles errores, tan sólo te pedimos que compruebes que los datos de identificación de los documentos que te entregamos son correctos.

NARRACIÓN

Cuando tienes un problema de salud es tu médico de familia, el que una vez valorado tu caso, decidirá qué atención necesitas. En este caso, te mandará al Traumatólogo. Con el volante de derivación pedirás cita en el área administrativa del centro de salud. Es muy importante que te identifiques aportando la documentación necesaria para ello (DNI y tarjeta sanitaria). Comprueba siempre que los datos que figuran en la documentación que te entregan son los tuyos.

El día de la cita acudirás al Traumatólogo quien, tras estudiar tu caso, te informará si es necesario o no operar. Si necesitas operarte, te entregará los volantes para hacer las pruebas del preoperatorio y tendrás que firmar el documento de solicitud de entrada en lista de espera. Es muy importante que te expliquen y entiendas los riesgos asociados a la operación, que podrás leer en el documento de consentimiento informado. No olvides comprobar que los datos que figuran son los tuyos.

El Anestesista valorará los resultados de las pruebas preoperatorias, así como tu estado de salud actual y los medicamentos que tomas. Te explicará los riesgos asociados a la anestesia y, una vez comprendidos, deberás firmar el documento de consentimiento.

Ebakuntza egunean, ospitaleko harrera gunera joango zara, eta zeure burua identifikatu duzu. Zure sarrera behin erregistratuta, zeladoreak ebakuntza-gunera lagunduko zaitu.

Erizaintzako profesionalak identifikazio-
eskumuturrekoa jarriko dizute, eta hori parte har dezazun momentu garrantzitsua da. Eskumuturreko datuak zureak direla egiaztatu ezazu.

IDENTIFIKAZIO-ERROREAREN AZALPENA

Bideoan azaltzen den protagonistari (Rosana Rodríguez Gómez) ebakuntza egin zioten egunean, beste paziente bati, antzeko adin eta izenekoari (Ana Rosa) ere ebakuntza egin zioten. Hori horrela izateak altako txostena emateko orduan, errorea gertatzea ekarri zuen ia. Alta txosteneko identifikazio datuak egiaztatzeak errorea saihestu zuen. Bestela, gerta zitekeen, Rosanarentzat ondorio larriak izanik, Ana Rosari agindutako botiketako bati alergia baitio.

ONDORIOA

Ikusi duzunez, asistentzia-kateko edozein momentutan, identifikazio-errorea izateak zure segurtasunari eragin diezaiolke.

Cuando llegue el día de la operación te dirigirás al área de recepción del hospital, donde deberás identificarte. Una vez registrada tu entrada, el celador te acompañará a la zona quirúrgica

El personal de enfermería te colocará la pulsera identificativa y éste es un momento clave para tu participación. Comprueba que los datos que figuran son los tuyos.

EXPLICACION ERROR IDENTIFICACIÓN

El día que la protagonista de este vídeo (Rosana Rodríguez Gómez) es operada, también es operada otra paciente, mujer de similar edad y nombre parecido (Ana Rosa). Estas coincidencias han provocado que casi se produzca un error en la entrega del informe de alta. La comprobación de los datos de identificación en el informe de alta ha evitado el error, que podía haber tenido consecuencias en Rosana, por su alergia a uno de los medicamentos indicados en el informe de Ana Rosa.

CONCLUSION

Como has visto, un error de identificación en cualquier momento de la cadena asistencial puede comprometer tu seguridad.

Cuaderno para las anotaciones del paciente



¡Ayúdanos a mejorar!

Este cuaderno es una guía de ayuda para los pacientes que han aceptado participar en el estudio *“Intervención educativa para fomentar la participación de las y los pacientes en su seguridad en el ámbito sanitario”*

Presentación

Tal y como te mostramos en el vídeo educativo, tú también puedes participar a favor de tu propia seguridad, contribuyendo a **evitar** que se produzcan fallos y, en caso de que se produzcan, ayudando a **que se detecten lo más pronto posible**.

Próximamente te van a operar.

Estos son los distintos momentos por la que vas a pasar. Posiblemente por alguno/s de ellos ya has pasado. No importa. Intenta recordar cómo fueron esos momentos.

Momento 1. Tu médico/a de familia te remite al Traumatólogo/a

Momento 2. El/la Traumatólogo/a te pone en lista de espera para operar

Momento 3. Acudes a la consulta de Anestesia

Momento 4. Te llaman para comunicarte qué día tienes que ir a operarte

Momento 5. Acudes al hospital el día de la operación

Momento 6. Durante tu estancia hospitalaria

Momento 7. Te dan de alta

En las siguientes hojas te vamos a mostrar **cómo puedes participar** en el proceso de identificación, contribuyendo a que se desarrolle correctamente. Además, también dispones en este cuaderno de espacios para hacer **anotaciones** referentes a dicha identificación en cada paso del proceso. Esperamos que puedas anotar en ellos detalles de tu vivencia y experiencia.

Muchas gracias por tu colaboración.

¿Cómo puedes participar en el proceso de identificación?

Los datos que te identifican a ti correctamente, y por tanto, te diferencian de otros pacientes, son los siguientes: **nombre y dos apellidos**; y **fecha de nacimiento**. Siempre deben figurar y es fundamental que los compruebes.

Tu participación es muy importante y se trata de algo muy sencillo. Sólo te pedimos dos cosas:

- 1) Que te identifiques aportando el **DNI** y la **tarjeta sanitaria**



- 2) Que compruebes, tanto en la documentación que se te entrega como en la pulsera identificativa, que **los datos que figuran son los tuyos**.

Osakidetza GALDAKAO-USANSOLO O SPITALEA HO SPITAL GALDAKAO-USAN SOLO		AGUIRREGOMEZCORTA BASTERRETXEA <u>Deiturak / Apellidos</u> JUAN MANUEL <u>Izena / Nombre</u>	
INGRESADO		ARRIPUTXUETA, 3 1º A	
TRAUMA ING. (SIB)		48960 GALDAKAO (VIZCAYA) <u>Helbidea / Dirección</u>	
<u>Historia Zk. / Nº Historia</u>	<u>IKK / CIC</u>	<u>Giaorte Segurantzak Zk. / Nº Seguridad Social</u>	<u>Jaiotze Data / F. nacimiento</u>
212434	75151166	480081979295	03/06/1974
<u>Gertakari Zk. / Nº Episodio</u>	<u>Sarrera Data / F. Ingreso</u>	<u>Alta Data / F. Alta</u>	<u>Zerbitzua / Servicio</u>
442231176	16/02/2016	16/02/2016	TRAUMATOLOGIA GENERAL
<u>Profesional / Profesional</u>	<u>Kokapena / Cama</u>		
FERNANDEZ ORDAZ, GERARDO	5146		

Paciente que ingresa para intervención quirúrgica en rodilla izquierda por dolor de tiempo de evolución que no mejora con tratamiento médico ni con infiltraciones.
Estudiado clínicamente con Rx y RMN. Estudio preoperatorio.
No alergias medicamentosas conocidas.

DIAGNOSTICO:
- GONARTROSIS RODILLA IZQUIERDA



Anotaciones del momento 1:

“Tu Médico/a de Familia te remite al Traumatólogo/a”

Anotaciones del momento 2:

“El/la Traumatólogo/a te pone en lista de espera”

Anotaciones del momento 3:

“Acudes a la consulta de Anestesia”

Anotaciones del momento 4:

“Te llaman para comunicarte qué día tienes que ir a operarte”

**Anotaciones del momento 5:
“Acudes al hospital el día de la operación”**

**Anotaciones del momento 6:
“Durante tu estancia en el hospital”**

Anotaciones del momento 7:

“Te dan el alta”

Otras anotaciones

Anexo VII. Autorización para la reproducción del vídeo

D./Dña. _____

_____ ,

mayor de edad, con DNI nº _____ , actuando en su propio nombre y representación, con plena capacidad legal para formalizar este documento,

AUTORIZA

a la OSI Barrualde-Galdakao la comunicación pública de su imagen en el vídeo “Participación del paciente a favor de su propia seguridad”

Firmado,

Fecha:

Anexo VIII. Guion llamada telefónica

Buenos días,

Quisiera hablar con **nombre y 2 apellidos**. ¿Eres tú?

- No. Intentar que nos indiquen un número de teléfono para contactar u otra hora de contacto. _____
- **Sí (continuar)**

Te llamo de Osakidetza, porque estás en lista de espera para ser operado/a por traumatología del hospital Galdakano. ¿Es correcto?

- No (no continuar). Disculpa el error y gracias por tu atención.
- **Sí (continuar)**

Estamos buscando pacientes para realizar una sesión con ellos. Necesitamos que no hayan pasado aún la consulta de anestesia. ¿Has pasado ya la consulta de anestesia?

- Sí (no continuar). Pues en esta ocasión no puede ser. Muchísimas gracias por tu atención.
- **No (continuar)**

Me llamo Rosa/Iratxe, trabajo en el centro de salud Landako y quería invitarte a formar parte de una sesión que vamos a realizar con otros pacientes que también se van a operar. Os queremos enseñar un video en el que se explican los pasos por los que vais a pasar antes y después de la operación. El video muestra los diferentes momentos en los que es importante que se te identifique correctamente y en los que tú puedes ayudar a que sea así.

Las sesiones serán en el Centro de Salud Landako, el jueves 7 de abril y el viernes 15 de abril, de 11:00 a 13:00. ¿Te gustaría participar?

- No (no continuar). Muchas gracias por tu atención.
- **Sí (continuar)**

Concretar día y hora: 7 abril / 15 abril (de 13:00 a 14:00 h.)

Anexo IX. Ficha técnica grupos focales

Equipo de investigación. Rosa Añel (Médica de Familia), investigadora principal e Iratxe Regidor (Socióloga), investigadora colaboradora.

Apoyo institucional. Investigación parcialmente financiada por la Comisión de Investigación de la OSI Barrualde-Galdakao.

Tipo de investigación. El presente trabajo tiene como objetivo valorar los efectos de una intervención educativa de tipo audiovisual en cuanto a la sensibilización y activación de los pacientes para que participen como barrera de seguridad durante su paso por el proceso asistencial “Intervención quirúrgica programada de Traumatología”. Se pretende comprobar si el vídeo es inteligible y válido para transmitir los mensajes deseados y si los pacientes muestran intención de cambio hacia comportamientos más activos en lo referente a su seguridad.

Técnica de investigación. Se han realizado dos grupos de discusión con 7 pacientes cada uno.

Universo de la investigación. Las 14 personas participantes son pacientes que se encuentran a la espera de ser operados por el Servicio de Traumatología, viven en Durango y su centro de atención primaria de referencia es el Centro de Salud Landako.

GRUPO FOCAL 1

Lugar: Sala de reuniones del Centro de Salud Landako – Durango

Día y hora: 7 de abril de 2016 a las 11:30 h.

Duración: 50 min.

Composición general del grupo: 4 mujeres y 3 hombres, con rango de edad entre 20 y 73 años, siendo la media de edad 50 años.

Datos específicos por participante:

Código	Género	Edad	Nivel de estudios	Operaciones previas
H1 – G1	Hombre	20	Grado medio	No
H2 – G1	Hombre	34	Nivel superior	No
M1 – G1	Mujer	46	Estudios primarios (CI límite)	No
M2 – G1	Mujer	56	Grado medio	Si
H3 – G1	Hombre	61	Estudios primarios	Si
M3 – G1	Mujer	64	Estudios primarios	No
M4 – G1	Mujer	73	Sin estudios	Si

GRUPO FOCAL 2

Lugar: Sala de reuniones del Centro de Salud Landako – Durango

Día y hora: 15 de abril de 2016 a las 12:00 h.

Duración: 60 min.

Composición general del grupo: 4 mujeres y 3 hombres, con rango de edad entre 55 y 75 años, siendo la media de edad 65 años.

Datos específicos por participante:

Código	Género	Edad	Nivel de estudios	Operaciones previas
H1 – G2	Hombre	55	Nivel superior	Sí
M1 – G2	Mujer	56	Grado medio	No
H2 – G2	Hombre	57	Grado medio	Sí
M2 – G2	Mujer	66	Sin estudios	Sí
M3 – G2	Mujer	72	Grado medio	Sí
H3 – G2	Hombre	74	Sin estudios	Sí
M4 – G2	Mujer *	75	Sin estudios	Sí

*Acudió acompañada de una de sus hijas. Es la paciente más mayor de las personas que han participado en el estudio



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Documento de consentimiento informado para pacientes del Centro de Salud Landako (UAP Durango) a los que se invita a participar en el estudio **“Intervención educativa para fomentar la participación de los pacientes a favor de su propia seguridad en el ámbito sanitario”**

- **Investigadora principal:** Rosa M^a Añel Rodríguez (Médico de Familia C.S. Landako y referente de seguridad del paciente en la OSI Barrualde-Galdakao)
- **Investigadora colaboradora:** Iratxe Regidor Fuentes (Técnico superior en la OSI Barrualde-Galdakao)

1. INFORMACION SOBRE EL ESTUDIO

Estamos trabajando para mejorar la seguridad de los pacientes en el ámbito sanitario. Uno de los aspectos que estamos investigando es la calidad del registro de los datos de identificación del paciente, entendiendo por “calidad” la correcta identificación durante la asistencia sanitaria, como factor preventivo de errores.

A través de este estudio queremos demostrar la influencia que puede tener la participación del paciente, tanto para evitar como para detectar los errores de identificación que se producen. Y para ello necesitamos la participación de pacientes que, al igual que usted, estén en lista de espera para ser operados próximamente en el servicio de traumatología del Hospital Galdakao-Usansolo.

¿En qué consistirá su participación en el estudio?

- Previo a la intervención quirúrgica. Una vez usted nos dé su consentimiento y sea incluido/a en el estudio, deberá **ver el vídeo educativo** que hemos diseñado para enseñarle cuáles son los momentos críticos de generación de errores de identificación en el proceso que le afectará; y cómo comprobar que los datos que se les asignan realmente les corresponden. Le explicaremos cualquier duda que usted pueda tener, para lo que le facilitaremos una persona de contacto que le podrá ayudar a realizar las comprobaciones necesarias en los diferentes contactos con el ámbito de atención primaria y atención hospitalaria.
- Posterior a la intervención quirúrgica. Tras la operación y, una vez se encuentre recuperado/a, le pediremos **entrevistarnos personalmente con usted** para que nos cuente su experiencia, si usted detectó errores, en este caso si los comunicó y, finalmente, qué ocurrió tras comunicarlos.

¿Cuáles son las desventajas de su participación?

La intervención se basa en informar e instruir a los interesados/as sobre un aspecto muy concreto e importante del proceso asistencial, que es la “**identificación inequívoca del paciente**”.

Los pacientes que acepten participar en este estudio recibirán la misma atención sanitaria para el abordaje de su enfermedad que el resto que van a ser operados en el servicio de traumatología.

La única desventaja, por tanto, será el tiempo que usted tenga que dedicarle a la formación e instrucción.

¿Cuáles son las ventajas de su participación?

La participación en este estudio le aportará más información sobre los pasos a seguir desde que entra en lista de espera para ser operado/a hasta después del alta, y estará usted más capacitado/a para detectar y comunicar errores de identificación, en caso de producirse.

Todas las personas participantes serán informadas de los resultados de este estudio.

La información que se recoja será tratada de forma confidencial y ningún paciente será identificado personalmente en la comunicación y publicación de los resultados.

2. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He leído la información proporcionada y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente a las preguntas que he realizado. **Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento** sin que ello afecte de ninguna manera a la atención sanitaria que necesite para el cuidado de mi enfermedad.

Nombre del participante _____

Firma del participante

Fecha _____

Ha sido proporcionada una copia de este documento de consentimiento informado al potencial participante. Confirmando que el paciente ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y que ha dado su consentimiento libremente.

Nombre del investigador _____

Firma del investigador

Fecha _____

Anexo XI. Guion grupos focales

Guion para el desarrollo de los grupos focales del estudio “**Intervención educativa para fomentar la participación de los pacientes a favor de su propia seguridad en el ámbito sanitario**”

INTRODUCCION

- Presentación de la moderadora
- Presentación de la investigación: objetivos y técnica del grupo de discusión
- Financiación y conflicto de intereses
- Ronda de presentación de las personas integrantes del grupo

PREGUNTAS

1. Inteligibilidad del vídeo (15 min)
 - ¿Qué os ha parecido el vídeo?
 - ¿Se entiende bien?
 - ¿Os parece que hay algo que podríamos cambiar para que se entienda mejor?
2. Eficacia del vídeo para transmitir los mensajes principales (10 min)
 - ¿Qué mensaje o mensajes habéis recibido del vídeo?
3. Conocimientos y actitudes para la participación en seguridad (25 min)
 - ¿Habíais pensando alguna vez que este tipo de errores se pueden producir?
 - ¿Os habéis encontrado alguna vez con algún error de identificación?
 - ¿Os ha pasado alguna vez que en los papeles que os entregan los datos no son los vuestros?
 - En caso que os haya sucedido alguna vez, ¿qué habéis hecho? ¿cómo se ha resuelto el error? ¿ha tenido consecuencias?
4. Concienciación tras la intervención educativa (10 min)
 - ¿Qué vais a hacer a partir de ahora?
 - ¿Vais a chequear los datos en los documentos que os entreguen?

AGRADECIMIENTOS Y DESPEDIDA

Anexo XII. Ficha técnica intervención educativa individual

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL 1

Lugar: Consulta médica (Dra. Añel), Centro de Salud Landako

Día: 26 de abril de 2016

Datos específicos paciente:

- Hombre
- 51 años
- Estudios nivel superior
- Operaciones previas: no
- Cuidador habitual de su madre, dependiente y con varias enfermedades crónicas.

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL 2

Lugar: Consulta médica (Dra. Añel), Centro de Salud Landako

Día: 2 de mayo de 2016

Datos específicos paciente:

- Mujer
- 51 años
- Estudios grado medio
- Operaciones previas: no
- Cuidadora habitual de personas dependientes y/o enfermas: no.

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL 3

Lugar: Consulta médica (Dra. Añel), Centro de Salud Landako

Día: 3 de mayo de 2016

Datos específicos paciente:

- Mujer
- 56 años
- Estudios primarios
- Operaciones previas: si
- Cuidadora habitual de sus padres de edad avanzada, no dependientes.

Anexo XIII. Guion entrevistas personales

Guion para el desarrollo de las entrevistas personales del estudio **“Intervención educativa para fomentar la participación de los pacientes a favor de su propia seguridad en el ámbito sanitario”**

INTRODUCCION

- Presentación de la entrevistadora
- Acogida a la persona entrevistada
- Objetivos y finalidad de la investigación
- Financiación y conflicto de intereses

PREGUNTAS

1. ¿Has vuelto a ver el vídeo? (para las personas participantes en la intervención educativa grupal) o ¿Has visto el vídeo? (en los casos de intervención individual) ¿Cuántas veces lo has vuelto a ver / lo has visto?
2. ¿Recuerdas cuáles son los mensajes principales que se transmiten en el vídeo?
3. ¿Te identificaste según se indicaba en el vídeo? ¿Comprobaste que los datos de identificación que figuraban en la documentación y en la pulsera eran los tuyos? ¿Recuerdas si los profesionales que te atendieron comprobaban los datos de tu pulsera?
4. ¿En algún momento has tenido dudas o te has encontrado sin saber qué tenías que hacer?
5. ¿Has tenido dificultades para obtener la información que necesitabas? Si solicitaste más información o preguntaste para aclarar dudas, ¿cómo reaccionaron los profesionales?
6. Respecto a la actividad educativa, ¿te ha resultado útil?, ¿te sientes más preparada/o ahora para participar a favor de tu seguridad durante la asistencia sanitaria?
7. Y a partir de ahora, ¿qué crees que vas a hacer?, ¿vas a tener una actitud más activa?

AGRADECIMIENTO Y DESPEDIDA

Anexo XIV. Ficha técnica entrevistas personales

Investigadora. Rosa Añel (Médica de Familia).

Apoyo institucional. Investigación parcialmente financiada por la Comisión de Investigación de la OSI Barrualde-Galdakao.

Tipo de investigación. Esta fase de la investigación está orientada a explorar los efectos de la intervención educativa para fomentar la participación del paciente en su seguridad, así como a conocer los factores facilitadores y dificultadores de dicha participación desde el punto de vista de los propios pacientes, en base a sus experiencias durante el proceso asistencial seleccionado.

Técnica de investigación. Se han realizado entrevistas personales semiestructuradas a 12 de 17 pacientes participantes en el estudio.

Universo de la investigación. Las 12 personas entrevistadas son pacientes que han finalizado su paso por el proceso asistencial “Intervención quirúrgica programada del Servicio de Traumatología”, viven en Durango y su centro de referencia es el Centro de Salud Landako.

Nº entrevista personal	Código de participación	Edad	Nivel de estudios	Operaciones previas
EP 1	H1 – G2	55	Nivel superior	Sí
EP 2	H - Educación individual 1	51	Nivel superior	No
EP 3	H3 – G1	61	Estudios primarios	Sí
EP 4	M4 – G2	75	Sin estudios	Sí
EP 5	M - Educación individual 2	51	Grado medio	No
EP 6	H2 – G2	57	Grado medio	Sí
EP 7	M3 – G2	72	Grado medio	Sí
EP 8	M1 – G1	46	Estudios primarios	No
EP 9	M - Educación individual 3	56	Estudios primarios	Sí
EP 10	M2 – G1	56	Grado medio	Sí
EP 11	M1 – G2	56	Grado medio	No
EP 12	M2 – G2	66	Sin estudios	Sí

H: hombre; **M:** mujer

G1: grupo focal 1; **G2:** grupo focal 2