

Percepción de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria

M.A. Prieto Rodríguez^a, J.C. March Cerdá^a, A. Suess^a, A. Ruiz Azarola^a, E. Terol^b y J. Casal Gómez^b

^aEscuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España.

^bAgencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. España.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: La seguridad del paciente es un tema de creciente interés en las políticas sanitarias y la bibliografía especializada actual, sin que haya muchas investigaciones que incluyan la perspectiva de la ciudadanía sobre la seguridad clínica.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio cualitativo realizado en 4 comunidades autónomas españolas, a través de grupos focales y entrevistas semiestructuradas con pacientes y representantes de asociaciones. Análisis de discurso y triangulación de resultados.

RESULTADOS: Para los pacientes entrevistados, el concepto de seguridad no se limita a la ausencia de errores, sino que comprende aspectos como confianza, comunicación, información y participación. En la resolución de los eventos adversos, la actitud de disculpa por parte del profesional se considera un elemento clave. Se evalúan positivamente actuaciones existentes como los protocolos y sistemas de notificación, a la vez de señalarse las dificultades en el proceso de implantación. Respecto a la información, los pacientes demandan una formación de los profesionales en habilidades de comunicación. Una mayor participación en el propio proceso asistencial y en la gestión clínica se considera oportuna, a la vez de constatarse la escasez de posibilidades de participación ciudadana en las políticas de seguridad actuales.

CONCLUSIONES: Los pacientes y sus representantes en las asociaciones señalan la importancia de avanzar desde la cultura punitiva actual en el tema de la seguridad hacia una cultura de la confianza.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Expectativas. Investigación cualitativa.

Patient perceptions on healthcare safety

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Patient Safety is an issue of growing interest in healthcare politics and specialized bibliography, but there are limited studies that include the perspective of the public on healthcare safety.

MATERIAL AND METHOD: Qualitative research performed in 4 Spanish Autonomous Regions, using focus groups and semi-structured interviews with patients and representatives of associations. Discourse analysis and result triangulation.

RESULTS: For the patients interviewed, the concept of safety is not limited to absence of error, but includes aspects such as confidence, communication, information and participation. In the process of resolving of adverse events, an apologetic attitude by the professionals is considered a key element. Existing interventions such as protocols and notification systems are positively valued, at same time pointing out difficulties in the implementation process. As regards information, the patients demand that the professional is trained in communication skills. More participation in their own healthcare process and clinical management is considered appropriate, at same time, it was stated that few members of the public have the opportunity to participate in current safety policies.

CONCLUSIONS: Regarding healthcare safety, patients and key agents indicate the importance of moving from a blame culture to a confidence culture.

Key words: Patient safety. Expectations. Qualitative research.

Correspondencia: Dra. A. Suess.
Escuela Andaluza de Salud Pública.
Cuesta del Observatorio, 4. 18080 Granada. España.
Correo electrónico: astrid.suess.easp@juntadeandalucia.es

«Entre un 4 y un 17 % de los pacientes que ingresan en un hospital sufrirán un accidente imprevisto e inesperado, derivado de la atención sanitaria y no de su enfermedad de base, que tendrá consecuencias en su salud y en sus posibilidades de recuperación. En algunos casos, estos errores le provocarán la muerte. En Estados Unidos se ha estimado que entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año por este motivo»¹.

La atención sanitaria es cada vez más compleja, utiliza tecnologías más sofisticadas, se realizan más prestaciones, la diversidad de los profesionales y la variabilidad de sus prácticas va en aumento y, por todo ello, recibir atención sanitaria entraña cada vez más riesgos potenciales, aun cuando cada día millones de personas son tratadas con éxito y de forma segura.

El interés por estudiar y controlar los riesgos de la asistencia sanitaria no es nuevo. Ya en 1956 Moser² las llamó «las enfermedades del progreso de la medicina». En 1964, Schimmel³ publicó que el 20% de los pacientes que ingresaban en los hospitales presentaba alguna iatrogenia y que una de cada cinco era grave.

En 2000, el Institute of Medicine⁴ publicó el informe «To err is human: building a safer health system». Este informe mostró al mundo el número de errores médicos evitables que ocurren cada día, analizando el carácter sistémico de los errores y planteando estrategias de prevención. En 2005, la Agency for Healthcare Research and Quality⁵ presenta una guía acerca de 30 prácticas de seguridad, desarrollada por el National Quality Forum.

En 2001, se publicó un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶ sobre la presencia de efectos adversos (EA) en la práctica clínica, incluidas recomendaciones para su prevención y abordaje. En Canadá, en 2003 se creó el Canadian Patient Safety Institute⁷. El National Health Service establece un órgano específico para la temática (National Patient Safety Agency)⁸. En 2004, la Agencia británica publicó un documento titulado «7 steps to patient safety»⁹. En el ámbito de la Unión Europea, la seguridad del paciente se incluye entre los objetivos de diferentes programas y acciones comunitarias¹⁰⁻¹². Como resultado de la conferencia de la European Commission DG Health and Consumer Protection, celebrada en el año 2005, se publicó la «Declaración de Luxemburgo sobre seguridad del paciente»¹¹, que incluye recomendaciones dirigidas a las instituciones europeas, las autoridades políticas y organizaciones sanitarias de los estados miembro. En 2006, se presentan, en una edición especial del Eurobarómetro¹², los resultados de un estudio cuantitativo que analiza la incidencia de los errores médicos en diferentes países europeos.

En el contexto español, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo ha impulsado una línea de trabajo sobre seguridad del paciente: foros de expertos, reuniones internacionales, talleres de trabajo, acciones formativas, de-

claraciones y convenios de colaboración con las comunidades autónomas¹³⁻¹⁸. En 2006, la Agencia de Calidad publica el primer Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización¹⁷ que se ha realizado en nuestro país. En diciembre de 2007 se presentó en Madrid la Declaración y Compromiso de los Pacientes por la Seguridad en el Sistema Nacional de Salud¹⁸.

Paralelamente a una mayor presencia de la temática en el ámbito de las políticas sanitarias, se puede observar un aumento de las publicaciones científicas¹⁹⁻⁵⁵. Estas incluyen monografías¹⁹⁻²⁵, evaluaciones de los programas sanitarios sobre seguridad del paciente^{26,27}, revisiones bibliográficas sobre el estado de cuestión²⁸⁻³⁰, trabajos de investigación^{17,19,31-43} y artículos de opinión⁴⁴⁻⁵⁶.

En las investigaciones publicadas en los últimos años se puede diferenciar entre estudios realizados con el objetivo de analizar y evaluar la incidencia de errores médicos o EA^{5,17,19,31-33} y trabajos³⁴⁻⁴³ que intentan indagar en las opiniones y expectativas de los pacientes y profesionales sobre la seguridad asistencial.

El presente estudio se inserta dentro de la segunda línea de investigaciones centradas en el discurso de los pacientes sobre la seguridad del paciente.

El propósito de este estudio es conocer las opiniones y experiencias de los pacientes sobre la seguridad clínica en los hospitales y sus expectativas de participación en la mejora de la misma.

Material y método

El estudio se realizó con metodología cualitativa y se utilizaron las técnicas del grupo focal (GF) y de la entrevista semiestructurada (ES). Esta opción metodológica permite comprender la perspectiva *insider* de las personas que participan en el estudio, captando y reconstruyendo el significado particular que cada una atribuye a la seguridad del paciente y explicando su posicionamiento ante las cuestiones que se les plantean. Son escasos los estudios realizados sobre el tema con este enfoque metodológico⁴⁶.

El estudio se llevó a cabo entre los meses de octubre de 2006 y marzo de 2007 en 4 comunidades autónomas: Andalucía, Baleares, Galicia y País Vasco. El estudio fue financiado por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Se consideraron 2 perfiles de participantes:

1. Pacientes, todos ellos con experiencia reciente de hospitalización, unos con patologías leves y otros graves y unos con creencia o sospecha de haber sufrido un EA durante la hospitalización y otros sin ella.
2. Personas pertenecientes a directivas de asociaciones de pacientes.

Los pacientes fueron convocados a través de distintas asociaciones. Se les facilitó un perfil para que seleccionaran a los participantes en los GF. En cada GF participaron entre 6 y 10 pacientes. En todos los grupos se garantizó la presencia de pacientes con patologías leves y graves, de diferente edad y sexo y con experiencia subjetiva de haber sufrido un EA o sin ella. Se realizaron 4 GF en distintas comunidades autónomas (tabla 1). Además, se realizaron 20 entrevistas a personas de las directivas de las principales asociaciones de pacientes. Se seleccionaron aquellas cuya problemática afectara a más personas y que estuviesen sensibilizadas con este tema. Para ello se solicitó al Ministerio de Sanidad un listado de las asociaciones que estaban colaborando en las estrategias sobre seguridad del paciente. En total, se han realizado 15 ES (tabla 2).

La definición operativa de EA que se trasladó a las asociaciones para utilizarla en la selección de los pacientes fue la del estudio nacional de EA ligados a la hospitalización¹⁷: todo aquel accidente imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica, que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia y/o defunción que se deriva de la atención sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente. En nuestro estudio no se utilizó el requisito de estar recogido en la historia clínica, ya que esto es desconocido para los pacientes.

TABLA 1

Grupos focales realizados

Grupo 1: Andalucía (Granada)
Grupo 2: País Vasco (Donosti)
Grupo 3: Baleares (Palma)
Grupo 4: Galicia (A Coruña)

Los GF y las ES se realizaron mediante un guión. Se grabaron y se transcribieron. En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado de los participantes.

Las dimensiones del estudio se especifican en tabla 3. La información obtenida se analizó mediante análisis de contenido apoyado por el *software* NUDIST-4 (tabla 4).

Resultados

Concepto de seguridad: ¿qué entienden por ello los pacientes y sus representantes?

Al preguntar a los pacientes y representantes asociativos por el concepto de «seguridad» en el ámbito clínico, se pudo observar, en un primer momento, una cierta dificultad para definir el término. En general, los pacientes nos muestran dos actitudes distintas. La primera se expresa como «hay que confiar» y aseguran que, de entrada, confían y se sienten seguros. La segunda se manifiesta como «el error es humano y puede ocurrir» y se argumenta con ejemplos y vivencias concretas que sucedieron durante la hospitalización y que les van generando inseguridad y miedo conforme avanzan los días en el hospital. Todas las personas entrevistadas, incluidas las que en un principio habían sido contactadas bajo el criterio de no ha-

TABLA 2

Asociaciones entrevistadas

Foro Español de Pacientes
Coalición de Ciudadanos con Enfermedades Crónicas
Asociación Española contra el Cáncer
Federación Española de padres de niños con cáncer
Federación Española de Cáncer de Mama
Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental
Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer
Asociación Española de personas con Parkinson
Federación Española de Asociaciones de Espina Bífida e Hidrocefalia
Asociación Española de Alérgicos al Látex
Liga Reumatológica Española
Federación de Diabéticos Españoles
Asociación Española contra la Osteoporosis
Fundación Hipercolesterolemia familiar
Asociación Española de personas con Hemofilia

TABLA 3

Dimensiones o variables de opinión estudiadas

1. Concepto de seguridad ¿qué entienden por ello los pacientes y sus representantes asociativos?
2. Experiencia subjetiva de haber padecido un efecto adverso
3. Actitud percibida en el personal sanitario ante la sospecha del paciente de un EA
4. Actuaciones de los profesionales sanitarios tras un EA: la perspectiva de los pacientes
5. Opiniones y expectativas de los pacientes y asociaciones sobre su participación en las estrategias para la Seguridad

TABLA 4

Proceso de análisis de contenido

La información se analizó mediante análisis de contenido, siguiendo los siguientes pasos:
Elaboración de un árbol de códigos para cada dimensión del estudio (ver tabla 3)
Lectura de las transcripciones asignando códigos a fragmentos de texto
Análisis y relación de la información contenida en cada código
Descripción de los resultados
A lo largo de todo el proceso el equipo investigador desarrolló un proceso de triangulación y contraste de los resultados y conclusiones

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3799669>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3799669>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)