

ENTREVISTAS

10 PREGUNTAS PARA JOSÉ



José Joaquín Mira Solves

Doctor en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid.
Chair de la Cost Action ERSNT (European Research Network
on Second Victims).

Instituto de Investigación FISABIO, Alicante.
Universidad Miguel Hernández, Elche, España.

Jose.mira@umh.es

1.

¿Quién es José Joaquín? ¿Qué puede usted decir de José?

Normalmente decimos de dónde somos y en qué trabajamos. Así que lo formal es que soy de Alicante, España, y trabajo como catedrático en la Universidad Miguel Hernández, en una categoría profesional que me permite ejercer, al mismo tiempo, mi profesión de psicólogo clínico en el sistema público de salud español. Pero, si les interesa más algún detalle personal, les diré que me gusta el cine y la fotografía y el running, que práctico mucho menos de lo que me gustaría. Estoy casado y tengo dos hijos que ya tienen su propio proyecto personal en marcha.

.....

2.

Un breve Curriculum, de su vida laboral. ¿Dónde ha trabajado?

Empecé como psicólogo clínico en atención primaria en la ciudad de Alcoy en 1984. Luego he desempeñado varios puestos y funciones en el sistema público de salud de mi país y, desde hace unos 25 años, también en el mundo universitario.

Participé, a finales de los 80, en la puesta en marcha, por primera vez, de una unidad de hospitalización psiquiátrica en un hospital general en España, concretamente en Alcoy, dentro del proceso de reforma psiquiátrica que se llevó a cabo en mi país y, en los 90, asumí la coordinación de los recursos de salud mental de la provincia de Alicante, donde vivo. He participado en el desarrollo de la norma para la acreditación de institutos de investigación

sanitaria en hospitales que se puso en marcha en España, en 2006. Hace ya unos años accedí a un puesto de profesorado universitario, compatible con mi actividad clínica y estuve desempeñando, como presidente de la comisión para la verificación de títulos universitarios de grado en CC Sociales, la labor de supervisión de los títulos que las universidades españolas ponían en marcha durante unos 10 años.

Mis líneas de investigación han girado en torno a la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Actualmente, asumo el papel de Chair de un proyecto europeo, concretamente financiado por la COST Association (Bruselas), que ha puesto en marcha la red ERNST, con la que perseguimos incrementar la resiliencia de los profesionales sanitarios ante situaciones agudas de estrés, como sucede cuando ocurre un evento adverso o con lo que está ocurriendo ahora con la pandemia de COVID-19.

.....

3.

¿Qué hizo que su mirada profesional se volviera hacia el mundo de la Seguridad del Paciente y desde allí a las Segundas Víctimas? ¿Qué pasó en su trabajo que le hizo sentir que era necesario este cambio?

En las actividades de investigación en el grupo en el que me integro hemos tenido la vocación de abordar cuestiones que estaban empezando a surgir en relación con la calidad asistencial. La investigación en este campo nos acercó a los estudios que se acababan de publicar sobre la frecuencia de eventos adversos y esto rápidamente atrajo la atención de uno de mis colegas, el Dr Aranaz, quien lideró por ejemplo el estudio IBEAS, y casi sin proponérselo es-

tábamos metidos en un proyecto sobre seguridad del paciente. El siguiente paso fue sencillo. Ya habíamos trabajado sobre la frecuencia de los incidentes de seguridad, sus causas y consecuencias. También sobre qué prácticas seguras eran necesarias. Abordamos el papel de los pacientes en la seguridad de los pacientes y, por deducción, nos quedaba un ámbito por analizar. El impacto de estos incidentes en los profesionales.

.....

4. ¿Cómo definiría usted Seguridad del Paciente? ¿Cómo definiría a las Segundas Víctimas? y ¿Porqué cree que es importante este apoyo y trabajar en ellos?

En la vida buscamos hacer bien nuestras tareas. Pero, aunque pongamos todo el interés del mundo, la posibilidad de un error está a la orden del día. Cuando trabajamos en una organización, los fallos de sistema es inevitable que ocurran. Errores y fallos se combinan en todas las actividades y mundos profesionales. La diferencia es que algunas de esas actividades son cruciales. Un error humano o un fallo de sistema en la producción de zapatos (por ejemplo, una suela mal cosida al cuero) nos hace perder un producto y, en el peor de los casos un cliente. Un error o fallo en la clínica puede ocasionar que una persona fallezca.

La seguridad del paciente creo que es una actitud ante la clínica, por la que reconocemos que existe la posibilidad de errores y de fallos y por la que buscamos la forma de evitarlos, lo que llamamos gestión de los riesgos, de una forma activa.

Y, precisamente por lo que le comento, cuando el resultado de una intervención no es el esperado y el paciente sufre un daño grave, el profesional tiene también un impacto emocional negativo directo. Su práctica se altera y puede cometer más errores. Sus emociones se disparan y siente miedo, vergüenza y remordimiento, todo a un tiempo. Sabemos que estos errores son, en la mayoría de los casos, el movimiento final de una cadena en la que existen varios fallos de sistema, fallos que normalmente llevan años ocurriendo sin que nadie hubiera actuado para corregirlos. Esto justifica que hablemos de segundas víctimas. Soy consciente que el término segunda víctima, por la palabra víctima, genera actualmente controversia. Los familiares de pacientes que han fallecido a causa de fallos o de errores tienen razón en que su sufrimiento es distinto al de los profesionales involucrados en el incidente y deben ser escuchados. El término de segundas víctimas surgió en un contexto distinto y destacaba que el profesional que “toca” al paciente en último lugar está incluido en una cadena de actuaciones en la que siempre hay un profesional que es el último, pero eso no significa que sea el responsable directo del incidente de seguridad. La casuística es dispar y hay que ver en cada caso qué ha ocurrido. Si que hemos de ser autocríticos y reconocer que los comportamientos corporativistas son un agujero en nuestras políticas de seguridad del paciente.

.....

5. ¿Por qué a los tomadores de decisiones u organizaciones “las terceras víctimas” les deberían importar o se deberían ocupar de las Segundas Víctimas?

Quien crea que la calidad asistencial es posible solo gracias a acreditaciones, protocolos o guías clínicas no tiene los pies en tierra. Claro que hacen falta, pero las decisiones clínicas y los cuidados los hacen personas y sin esas personas nunca va a haber calidad asistencial. Ocuparse del bienestar de los profesionales sanitarios es preocuparse por la seguridad de los pacientes. El modelo de la cuádruple meta describe esta situación de forma muy sencilla y realista.

Ahora, con la crisis sanitaria que ha motivado el SARS-CoV-2, ha quedado patente que el paso adelante que han dado los profesionales sanitarios es lo que ha permitido sacar adelante a muchas personas que, de otro modo, experimentaban una situación incierta. La implicación de muchos profesionales reorganizando su actividad o prestándose a tareas asistenciales que no eran las habituales, son un ejemplo de cómo la actividad asistencial no es una cuestión de papeles, sino de personas. Si no cuidamos a quienes cuidan, nos podemos despedir de la seguridad de los pacientes.

.....

6.

¿Cree usted que es posible modificar Culturas en las organizaciones de salud? ¿Cuáles son los cambios que habría que realizar dentro de un establecimiento de salud para instalar una política de salud orientada a la Seguridad y a las Segundas Víctimas?

Si, pero no es sencillo. Lamentablemente, la experiencia nos dice que cambia cuando ha sucedido un incidente muy grave. Entonces, caemos en la cuenta de la importancia de las

prácticas seguras. Creo que hay que realizar un esfuerzo mayor para sensibilizar al conjunto de las profesiones sanitarias de los principios básicos de la seguridad del paciente.

Romper la barrera del silencio y hablar de lo que hacemos y con qué resultados creo que es un paso necesario. Si entramos en esta dinámica, la necesidad de un programa de segundas víctimas surge espontáneamente.

Últimamente, hablamos de seguridad psicológica para referirnos a la posibilidad de hablar, levantar la voz, sobre lo que hacemos bien y mal. Las organizaciones que cuentan con la experiencia de sus profesionales y donde no hay recelo a decir lo que se piensa, son en las que el número de incidentes de seguridad es menor. Hemos de avanzar en esta dirección.

.....

7.

¿Cuál es su opinión respecto a la participación de los pacientes y familia, “las primeras víctimas”, en la prevención de posibles riesgos, como apoyo a la seguridad de la atención?

Es poco lo que hemos aprendido hasta ahora sobre este tema y escasas las experiencias. Pero no cabe duda de que, en atención primaria, por ejemplo, es esencial. El paciente administra su medicación por ejemplo y los errores de medicación en el hogar, en algunos casos, son graves. En hospitales los pacientes y sus familiares también pueden ayudar a evitar eventos adversos. El ejemplo más evidente es el hospital de día de oncología.

.....

8.

Si hubiera que trabajar con la sociedad, los ciudadanos, “las cuartas víctimas”, ¿Cuál sería el camino?

Es complejo, ojalá tuviera la respuesta. Pero hemos de avanzar y modificar ideas erróneas sobre los incidentes de seguridad. Las negligencias son otra cosa distinta a lo que estamos hablando pero, en general, se confunden unos términos con otros. Muchas veces no se comprende que la labor asistencial se realiza en un entorno de incertidumbre. Trasladar un mensaje realista a la población creo que es un paso que debemos dar.

.....

9.

Su consejo a los profesionales mas jóvenes.

Cuando te reúnes con jóvenes en formación te cuentan a las claras incidentes de seguridad que han observado durante sus prácticas. Creo que todos, los jóvenes también, tenemos que tomar conciencia de que también nos puede ocurrir a nosotros, y sobre todo en los primeros pasos en la profesión.

.....

10.

Su consejo a los formadores.

Mensajes claros, directos. Cercanos a la práctica. Escuchar lo que profesionales y pacientes tienen que contar para convertirlo en elementos para la formación continuada. Creo que hay que acercar los principios básicos

de la seguridad del paciente a las situaciones concretas de la clínica en cada especialidad y aunque lo parezca, no es sencillo.

PD.: ¿Algo más que agregar? Recomendaciones y Sugerencias.

Agradeceros vuestra labor y los espacios que creáis para sensibilizarnos todos de la importancia de generar un entorno, en nuestros centros, cada vez más seguro.