

CULTURA DE SEGURIDAD

Dr. Fabián Vítolo
Noble Compañía de Seguros

El término “cultura de seguridad” comenzó a utilizarse masivamente luego del desastre nuclear de Chernobyl en 1988. Desde entonces, el concepto ha sido adoptado por numerosas industrias para mejorar su seguridad, sobre todo por aquellas de alto riesgo que requieren de una extrema confiabilidad, como la aviación y la energía atómica. Estas organizaciones buscan minimizar consistentemente la ocurrencia de eventos adversos y se desempeñan extraordinariamente bien, pese a llevar a cabo un trabajo intrínsecamente complejo, peligroso y con grandes presiones de producción.. Se transforman así en organizaciones “altamente confiables”, caracterizadas por el compromiso con la seguridad a todos los niveles, desde los trabajadores de la primera línea hasta las más altas posiciones ejecutivas. En estas industrias, la seguridad es la prioridad Nº 1, aún a expensas de la producción o la eficiencia

A partir del hito que marcó la publicación del informe “Errar es Humano” del Institute of Medicine en 1999,(1) el sector salud comenzó a poner foco sobre este tipo de cultura, aunque los expertos coinciden en que recién está dando sus primeros pasos. Nuestros hospitales y centros de atención están todavía muy lejos de ser organizaciones altamente confiables y las tasas de eventos adversos evitables continúan siendo muy altas.(2)(3)(4) Otros especialistas sostienen que las instituciones de salud nunca llegarán a una cultura de seguridad realmente consistente, porque se enfrentan a numerosas necesidades que compiten entre sí, lo que dificulta que la seguridad sea la única prioridad del trabajo.(5)

Muchos hospitales y organizaciones de salud de primera línea en todo el mundo están ayudando a forjar este nuevo abordaje afectando recursos para que los procesos y las conductas se adapten a este nuevo paradigma.(6) En la actualidad son numerosas las iniciativas de seguridad del paciente en marcha. Tenemos metas internacionales, prácticas de seguridad validadas por la evidencia, herramientas de análisis, etc. Sin embargo, hay coincidencia en que las medidas

focales, para ser exitosas, deben estar precedidas por una revolución cultural. (7) Sin una nueva cultura, aquellos que deberán implementar las prácticas de seguridad no sabrán hacerlo, entre otras cosas porque nadie les habrá enseñado primero a trabajar en equipo y a comunicarse efectivamente.

¿Qué se entiende por cultura de seguridad? Definición.

Existe una considerable variación en el uso de términos y definiciones de este concepto, y no existe un consenso absoluto. De hecho, el término “cultura de seguridad” se utiliza muchas veces como sinónimo de “clima de seguridad”, cuando para muchos especialistas se trata de cosas diferentes.

Con esta salvedad, la definición de cultura de seguridad más aceptada en el sector salud es la siguiente: (8)(9)

“El producto de valores, actitudes, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el compromiso con la adecuada ejecución de los programas de seguridad de la organización.”.

Puesto en palabras más simples, la cultura de seguridad, aún aquellas que deben mejorar, puede ser descripta como “la forma en la que se hacen las cosas acá”

Si bien no hay un acuerdo absoluto acerca de lo que constituye una cultura de seguridad efectiva, hay ciertos componentes que resultan claves para su desarrollo: (10) (11) (12)

- El reconocimiento de que las actividades que realiza la organización son de alto riesgo y la determinación para alcanzar altos niveles de seguridad de manera constante.
- Creencia compartida de que el actual nivel de daño a los pacientes es insostenible

- Un ambiente no punitivo en donde los individuos se sienten libres para reportar errores, accidentes o problemas de seguridad sin temor a represalias.
- Estímulo a la colaboración entre distintos rangos y disciplinas en la búsqueda de soluciones a problemas de seguridad del paciente. Obligación de trabajar en equipo.
- La seguridad de los pacientes es valorada como la principal prioridad, aún a expensas de la producción o la eficiencia. Se reconoce al personal que interrumpió un proceso que no le parecía seguro, aún cuando se haya equivocado.
- Compromiso de los líderes con la seguridad. Asignación de recursos, incentivos y premios.
- Se valora el aprendizaje organizacional. La respuesta a un problema de seguridad se focaliza en la mejora del sistema más que en echar culpas individuales.

James Reason, el famoso psicólogo cognitivo de la Universidad de Manchester y autor de la “Teoría del Queso Suizo” en la causalidad de accidentes, sostiene que la cultura de seguridad estaría compuesta por cinco elementos: (13)

- *Una cultura de la información: la organización recolecta y analiza datos relevantes, y difunde la información de seguridad de manera activa*
- *Una cultura del reporte: se cultiva una atmósfera en donde las personas se sienten libres para notificar problemas de seguridad sin temor a represalias y sabiendo que se actuará sobre los reportados.*
- *Una cultura de aprendizaje: la organización es capaz de aprender de sus errores y realizar cambios.*
- *Una cultura justa: en donde los errores y actos inseguros no son castigados si el error no es intencional, pero en donde se sanciona a quienes actúan temerariamente tomando riesgos de manera deliberada e injustificable.*
- *Una cultura flexible: en donde la organización y las personas que la componen son capaces de adaptarse efectivamente a la necesidad de cambio.*

Quienes diferencian entre los términos “cultura de seguridad” y “clima de seguridad” sostienen que este último concepto se aplica a ciertos patrones superficiales de la cultura de seguridad observados a partir de ciertas actitudes y percepciones de los individuos en un momento dado. El clima de seguridad sería entonces el componente mensurable de la cultura de seguridad. (14)

Medición de la cultura de seguridad

El primer paso para avanzar hacia una cultura de seguridad consiste en saber desde qué cultura se parte y comprender el impacto de dicha cultura sobre la seguridad de los pacientes. La construcción de una cultura de seguridad suele llevar un tiempo de maduración y resulta importante saber en qué etapa se encuentra la institución o el servicio que se evalúa. Según Westrum, existirían distintos grados de “madurez”: (15)

Cultura Patológica: “No nos importa mucho la seguridad siempre y cuando no se difundan los daños que producimos”

Cultura Reactiva: “La seguridad es importante. Hacemos mucho después de tener un accidente”

Cultura de Cálculo: “Medimos todo y tenemos sistemas para manejar todos los riesgos y peligros”

Cultura Proactiva: “Tratamos de anticiparnos a los problemas de seguridad antes de que aparezcan”

Cultura Generadora: “La seguridad es la base de nuestro trabajo”

Los métodos para evaluar la cultura de seguridad van desde entrevistas estructuradas al personal, jefes y directivos a encuestas anónimas realizadas con formularios. Estas encuestas serían más una medición de “clima” que de “cultura” de seguridad. La evaluación de esta última requeriría de una observación mucho más detallada y longitudinal. Sin embargo, como vimos, los términos suelen utilizarse indistintamente.

Las encuestas de cultura de seguridad utilizan en general cuestionarios cuantitativos basados en una combinación de preguntas sobre los distintos

componentes que definen la cultura: expectativas de los jefes y sus acciones para promover prácticas seguras, trabajo en equipo, aprendizaje organizacional, feedback y comunicación luego de los errores, carga de trabajo, respuesta no punitiva, pases de pacientes, número de eventos reportados etc.. La mayoría de estas encuestas solicitan a los trabajadores que den su opinión ante distintas afirmaciones que se les presentan. Deben hacerlo dentro de una escala predefinida a las que se les asigna un puntaje (Ej: muy de acuerdo 5; de acuerdo 4; indiferente 3; en desacuerdo 2, muy en desacuerdo 1). .Algunos ejemplos de estas afirmaciones son: (16)

- “Me sentiría seguro si tuviera que ser tratado aquí como paciente
- “Se estimula al personal a que realice preguntas cuando hay algo que no comprenden”
- “Mis colegas me estimulan a reportar cualquier preocupación que pueda tener por la seguridad de los pacientes.”
- “La seguridad del paciente nunca se sacrifica en función de una mayor producción.”
- “Se nos brinda feedback respecto a los cambios que surgieron a partir del reporte de incidentes y eventos adversos”
- “Las autoridades de la institución brindan un ambiente de trabajo que promueve la seguridad de los pacientes.”

Las encuestas de cultura de seguridad son herramientas que ayudan a: (17)

- Facilitar la reflexión sobre el clima de seguridad que se vive en el servicio o en la institución.
- Estimular la discusión acerca de las fortalezas y debilidades de la propia cultura.
- Revelar diferencias de percepción existentes entre distintos grupos de trabajadores.
- Comprender cómo se vería una cultura de seguridad más madura

- Evaluar las intervenciones específicas que se requieren para cambiar la cultura.

Existen muchos modelos de cuestionarios que difieren en la cantidad de preguntas, en el número de componentes de seguridad que miden y en confiabilidad. Si bien algunos reguladores y acreditadores han adoptado rápidamente y promovido el uso de estas herramientas (al menos en los EE.UU), algunos investigadores advierten acerca de la falta de evidencias sólidas acerca del valor psicométrico de muchas de ellas.(18)(19) Cuando se trabaja para elegir el mejor modelo de encuesta se debe tratar de considerar aquellas que, con las limitaciones descritas, se encuentran más validadas. Los cuatro modelos de encuesta que se mencionan como más confiables son: (20)

1. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)'s Hospital Survey on Patient Safety Culture: Esta encuesta es la que más ha sido adaptada/traducida al español y la que más se está utilizando en nuestro país. Puede obtener una versión realizada en 2005 por el Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina:

http://www.errordenmedicina.anm.edu.ar/pdf/encuesta_1.pdf (21)

2. Safety Attitudes Questionnaire.(22)

3. Patient Safety Culture in Healthcare Organizations.(23)

4. Modified Stanford Patient Survey Culture Survey Instrument. (24)

La conducción de una encuesta de cultura de seguridad no es una tarea fácil. Se deben destinar adecuados recursos para planificarla, elegir una muestra apropiada (médicos, enfermeras, técnicos, administrativos, etc), establecer la forma de recolectar y agregar los datos, definir plazos, analizar las respuestas y comunicar los resultados.

Si bien las encuestas anónimas ayudan a comprender las actitudes y creencias del personal, distintos autores recomiendan complementar los datos cuantitativos obtenidos de las mismas con información cualitativa obtenida a través de encuestas, focus groups, y observaciones directas.(25)(26)(27)

Cuando se realizan estas encuestas, debe tenerse en cuenta que la percepción sobre el clima de seguridad del paciente es fundamentalmente un fenómeno local, con grandes variaciones entre distintas unidades de una misma organización. La percepción del clima de seguridad puede ser alta en un servicio del hospital y baja en otro, o alta a nivel de enfermería y baja entre los médicos o el nivel gerencial. Son estas variaciones las que determinan que haya una gran multiplicidad de intervenciones para mejorar la cultura y disminuir los errores.

Cuando se evalúa la cultura de seguridad, se debe recordar que las percepciones, actitudes y opiniones del personal acerca de la verdad son tan importantes como la verdad misma. Las “normas no escritas” son las que mueven las organizaciones, más allá de lo que pueda escribirse en el manual de procedimientos. Pongamos como ejemplo las normas de seguridad en cirugía. En las normas escritas figura que se debe realizar adecuadamente el listado de verificación de seguridad prequirúrgico. Sin embargo, la regla “no escrita” es que la prioridad N° 1 es no demorar la agenda del día, por lo que no se debe retrasar la cirugía por este motivo. En este escenario, la seguridad del paciente se ve comprometida por la percepción de la instrumentadora de que la producción y la eficiencia son más valoradas que el cumplimiento de prácticas de seguridad.

Los pilares de la cultura de seguridad

La cultura de seguridad apoya sobre varios pilares básicos. Entre ellos podemos mencionar el reporte y revelación de errores, el compromiso de los líderes, el trabajo en equipo y comunicación, la capacitación en la ciencia de la seguridad y la participación de los pacientes.

1. Reporte y revelación de errores (transparencia)

La creación de una atmósfera de transparencia en la que las personas no tengan miedo de reportar errores y eventos adversos es un desafío mayúsculo para la promoción de una cultura de seguridad. En la mayoría de las instituciones médicas todavía predomina el silencio y el encubrimiento. Desde una perspectiva de

calidad y seguridad, la transparencia es el cimiento que permite aprender de los errores y crear un ambiente que apoye tanto a los pacientes como a los trabajadores de la salud. Si no se conocen los problemas, no pueden diseñarse las soluciones. No habrá cultura de seguridad sin la generación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos y una evaluación justa de los mismos. El intercambio abierto de información requiere que los jefes adopten una postura no punitiva para los errores no intencionales. Las sanciones disciplinarias deberían quedar reservadas para aquellos casos en los cuales conscientemente se incumple con normas y procedimientos establecidos o se actúa de manera temeraria. El castigo debería estar determinado por la conducta y no por el resultado final sobre el paciente. La política de la institución con respecto a lo que se espera cuando se comete un error debe ser ampliamente comunicada y quienes reportan deben tener alguna forma de reconocimiento.

Tan importante como el reporte de errores y eventos adversos es la devolución que se hace al personal a partir de los mismos. Si las personas notifican, pero luego observan que no se hace nada para evitar reincidencias, el sistema de reporte fracasará.

El concepto de transparencia es aplicable no sólo al reporte interno de los eventos adversos y errores, sino también a la revelación de los mismos a los pacientes y familias.(28)(29)(30)(31) Cuando la atención deriva en complicaciones o evoluciones no esperadas, la respuesta más apropiada debería consistir en el rápido reconocimiento del evento ante los pacientes y sus familias y en la atención de las nuevas necesidades clínicas. Se debería explicar lo que se sabe sobre lo sucedido, junto con la promesa de investigar las causas del evento e informar a los pacientes los hallazgos lo antes posible. Para garantizar una recolección completa de los datos y una transparencia total, la investigación debería incluir entrevistas con el paciente y su familia.

Luego de finalizada la investigación, el médico a cargo debería brindar al paciente y a su familia una explicación detallada de los hallazgos y aclararles si el evento adverso fue el resultado de fallas en la atención o una complicación desafortunada pero no prevenible de la intervención o de la condición que presentaba el paciente. Si bien la empatía resulta crucial para cualquiera de las dos circunstancias, cuando el daño resulta de fallas en la atención, los médicos

responsables y los administradores deberían disculparse de manera rápida e iniciar los pasos para atender todas las consecuencias del evento.

Algunas organizaciones de los Estados Unidos, como University of Michigan Health System y University of Illinois Medical Center en Chicago han tenido grandes progresos y resultados en esta área, a través de la revelación, la disculpa y la compensación precoz.(31)

La política de honestidad total tiene por supuesto implicancias económicas que deben tenerse en cuenta. Algunos estudios sugieren que si bien la frecuencia de juicios por responsabilidad profesional puede aumentar por la revelación, los montos demandados serían menores.(32) (33) Otros estudios advierten que la revelación de errores no es una buena estrategia si lo que prima es proteger las finanzas de la institución, ya que aumentarían no sólo el número de demandas sino también los montos reclamados.(34) En cualquier caso, advierten, los hospitales deberían planificar adecuadamente la absorción del impacto económico de una política de este tipo y tener acuerdos con sus aseguradoras antes de reconocer abiertamente fallas y ofrecer una compensación. El impacto real de la revelación no está todavía muy claro, y la mayoría de los especialistas no se ponen de acuerdo sobre el resultado final de este abordaje. Sin embargo, la mayoría coincide en que el ocultamiento de situaciones graves alimenta las suspicacias y desconfianza en el sistema de salud, una situación indeseable cuando lo que se quiere generar es precisamente un clima de confianza y de seguridad. La falta de respuestas luego de una evolución no esperada es uno de los principales catalizadores de juicios por mala praxis.

Algunos expertos predicen que la revelación de los errores, las disculpas y el ofrecimiento de alguna compensación serán en el futuro prácticas estándar, no sólo porque es lo éticamente correcto,(35) sino también por ser una adecuada estrategia de control de daños económicos a partir de demandas, al remover la sensación de enojo que pudieran sentir el paciente o sus familias por haber sido engañados, aumentando probablemente el número de acuerdos extrajudiciales que, si bien serían probablemente más frecuentes, terminarían costando mucho menos que juicios con una duración de años.

2. Compromiso de los líderes

Algunas investigaciones en seguridad del paciente parecen demostrar que entre el 75% al 80% de las iniciativas para modificar conductas inseguras fracasan porque los líderes de la institución no están comprometidos ni activamente involucrados en las mejoras que se proponen.(36)

Una de las estrategias específicas que más recomiendan los especialistas para demostrar el compromiso de las autoridades con la seguridad consiste en la realización de “recorridos ejecutivos de seguridad” (“Leadership Walkrounds”).(37) Participan de las mismas las más altas autoridades no médicas (incluyendo a figuras como el Presidente, el CEO o Director Ejecutivo, y miembros del Directorio), quienes son acompañados por Directores Médicos, Supervisores y Jefes. Este grupo de personas visita distintas áreas del hospital preguntando a los trabajadores de la primera línea cuestiones específicas de seguridad. El por qué de estas visitas debe quedar claro para todos. Algunas de las preguntas que suelen hacerse en estas recorridas son: (10)

- ¿Puede recordar algún incidente o evento adverso que haya ocurrido en el servicio en los últimos días y que aumentó el tiempo de internación de un paciente?
- ¿Puede recordar algún paciente que haya sufrido un daño a consecuencia de problemas en nuestra forma de brindar atención?
- ¿Qué aspectos de nuestro ambiente de trabajo pone en peligro a los pacientes?
- ¿Hubo algún “casi accidente” que fuera evitado gracias a nuestros controles o a la acción de nuestros profesionales?
- La comunicación entre ustedes, ¿facilita o dificulta los esfuerzos en seguridad?
- Cuando ocurre un evento adversos, ¿usted siempre lo reporta?. Si no lo hace, ¿por qué?
- Ha desarrollado algún método personal para prevenir errores (ej: recordatorios, checklists, etc.)
- ¿Qué podemos hacer las autoridades para ayudarlos a brindar una atención más segura?

- ¿Qué cambios deberían realizarse en su servicio para promover la seguridad de los pacientes de manera más consistente?
- ¿Cómo pueden estas recorridas ser más efectivas?

Estas recorridas deberían tener una frecuencia semanal, con una duración aproximada de una hora. Si bien estas visitas podrían reprogramarse de acuerdo a la agenda de los participantes, jamás deberían ser canceladas. Estos encuentros brindan a los líderes la oportunidad de escuchar de primera mano las opiniones del personal asistencial con respecto a los errores y eventos adversos. La información clave obtenida en las recorridas debería ser documentada y analizada de manera tal que los problemas identificados puedan ser abordados de manera efectiva. Antes de retirarse del servicio, los líderes deberían realizar un resumen de lo expuesto y determinar junto con el personal las dos o tres prioridades a ser abordadas. Al realizar estas recorridas regularmente, se podrá ponderar la efectividad de los esfuerzos para resolver problemas recurrentes y las acciones tendientes a mejorar la seguridad de los pacientes. Un hospital universitario que estudió los efectos de estas recorridas encontró que las actitudes culturales de seguridad de las enfermeras que participaban de las mismas eran más positivas en las encuestas que las actitudes positivas de las enfermeras que no participaban de las mismas (73•% con puntajes positivos vs. el 53%).(38)

Una de las organizaciones que más promueve las “Leadership Walkrounds” es el Institute for Healthcare Improvement (IHI). Se puede acceder a información sobre esta metodología a través de su página web: <http://www.ihl.org/resources/pages/tools/patientsafetyleadershipwalkrounds.aspx>

La visita de las autoridades a los servicios también sirve para identificar a los individuos que la literatura sajona identifica como “champions” (campeones). Los campeones efectivos suelen ser médicos o enfermeras muy respetadas, que idealmente tienen experiencia en la especialidad que se ve afectada por la iniciativa de seguridad bajo consideración. Un buen campeón tiene gravitación profesional, no siendo absolutamente necesario que sea el jefe de servicio. Ninguna característica es más importante en un campeón que el coraje para hablar cuando el proyecto está a punto de

ser paralizado por la objeción de un médico y la habilidad social para que su voz sea escuchada.(39)

Para definir la participación de estos médicos, la mejor estrategia es tener una conversación cara a cara con cada uno de ellos, en la cual se describa el proyecto, el beneficio que esto implica para los pacientes, el impacto en el trabajo de todos los días y finalmente cuál sería su potencial rol en la iniciativa. Cuando se está describiendo el proyecto, debe prestarse atención al lenguaje corporal del profesional. Si sus ojos se encienden, habrá identificado a un campeón o a un líder de proyecto. Si el médico comienza a jugar con su celular, debería pasar a otro candidato de la lista. La existencia de un “campeón” en cada servicio permitirá avanzar en la nueva cultura que se pretende.(39)

3. Trabajo en equipo y comunicación

Otro de los fundamentos de una cultura de seguridad es el desarrollo de equipos altamente efectivos. Los equipos cometen menos errores que los individuos, especialmente cuando cada miembro conoce sus responsabilidades y las de los demás. Se deben desarrollar entonces los conocimientos, habilidades y actitudes para que las distintas personas que trabajan en la institución funcionen como tal. Los equipos de alto rendimiento se caracterizan por: (40)

- **Tener un líder claramente identificado**

Los líderes efectivos definen metas, asignan funciones, comparten información, controlan la ejecución y son capaces de modificar un plan en caso de ser necesario. Para eso establecen “reglas de compromiso” entre los integrantes del equipo, asignan y administran los recursos de la mejor manera posible. Su conducción debe servir para facilitar la resolución de conflictos.

- **Tener conciencia de situación**

Los miembros de los equipos de alto rendimiento comparten modelos mentales. Estos “modelos mentales” son las imágenes, supuestos e historias que llevamos en nuestra mente acerca de nosotros, los demás, las instituciones y todos los aspectos del mundo. Como un cristal que distorsionara sutilmente nuestra visión, los modelos mentales determinan lo que vemos. Estos modelos tienen que ver con lo que sentimos y lo que hacemos, más que con lo que decimos, lo cual

puede ser diferente. Los modelos mentales determinan lo que percibimos y lo que hacemos en consecuencia. Mediante esta disciplina, las personas son conscientes de su propio pensamiento y razonamiento, haciéndolo visible a los demás y realizando a su vez preguntas para clarificar el pensamiento y razonamiento de otros.

Parte de esta conciencia de situación consiste en reconocer y compartir las condiciones actuales que afectan al trabajo del equipo. Esto incluye saber no sólo el estado del paciente, sino también el estado físico y emocional de los miembros del equipo, las condiciones ambientales y el progreso real hacia la meta buscada.

- **Tener una comunicación efectiva**

Los problemas de comunicación son la causa raíz de la mayoría de eventos centinela (eventos adversos con lesiones graves o muertes) denunciados a la Joint Commission. La comunicación es efectiva cuando: (41)

- El emisor y el receptor entienden y comparten el mensaje de la misma manera.
- Cuando la información es transmitida a la persona correcta, en la forma correcta y en el momento correcto.
- Cuando genera una visión compartida y entendible de la información a través de toda la organización, fomenta la cooperación, colaboración y trabajo en equipo, promoviendo la discusión de temas, el aprendizaje desde los errores y utiliza distintas técnicas de comunicación estructurada.

Si se quiere llegar a una cultura de seguridad madura, las instituciones deberán invertir tiempo y recursos en el desarrollo de herramientas que faciliten la transferencia de información de una manera clara, completa, concisa y oportuna (Ej: Técnica SBAR, Read back; Teach Back; listados de verificación, etc.)

En los deportes de equipo, antes de ejecutar una “jugada de pizarrón” entrenada en la semana, los jugadores suelen reunirse unos segundos para recordarla y asegurar que todos hagan lo que se espera de ellos. Estas mini reuniones informativas inmediatamente antes de la acción (“briefings”) también serían muy útiles, por ejemplo, en los equipos que

deben realizar procedimientos invasivos o cirugías, Los equipos deportivos, a su vez, suelen reunirse brevemente después de cada partido para analizar lo que salió bien y lo que salió mal para no repetir los errores en el próximo partido. (“Debriefing”), algo que los médicos deberíamos imitar si queremos avanzar en seguridad.(11)

Por último, la comunicación no se transmite sólo de manera verbal o escrita sino también a través de la conducta. Las jerarquías hospitalarias tradicionales que colocan a los médicos muy por encima del resto del equipo de salud pueden llevar a la intolerancia con las sugerencias o comentarios de quienes no son médicos, devaluando las contribuciones de enfermeras, técnicos o administrativos. Esta intolerancia puede llevar a su vez a conductas irrespetuosas y disruptivas, que conspiran contra la comunicación y cooperación necesaria para garantizar la seguridad de los pacientes. Este tipo de conductas no deberían ser toleradas. (42) (43)

- **Apoyarse mutuamente**

Los equipos de alto rendimiento generan un ambiente en el cual se espera que la asistencia sea buscada y ofrecida activamente como un método para reducir la ocurrencia del error. Sus miembros están continuamente generando y recibiendo un feedback positivo en relación a su rendimiento.. Este apoyo mutuo no les impide apelar por el paciente cuando las visiones de los miembros del equipo no coinciden en la toma de decisiones. Las medidas correctivas son tomadas siempre de manera respetuosa pero firme.

4. Capacitación en seguridad

Un aspecto central para la creación de una cultura de seguridad es la capacitación y entrenamiento de los administradores, jefes, médicos, enfermeras y resto del personal en la “ciencia” de la seguridad. El conocimiento acerca de la causalidad de accidentes y de los fundamentos de la seguridad del paciente deberían extenderse desde las áreas de las calderas hasta las salas del Directorio, y todas las personas deberían asumir su responsabilidad en la generación de un ambiente seguro para los pacientes y empleados. .

Todo personal nuevo, independientemente del rango y puesto debería recibir una inducción acerca de los

planes de seguridad que tiene la institución y recibir una capacitación específica sobre los objetivos y los planes de acción destinados a crear y mantener una cultura de seguridad.

La capacitación y el entrenamiento pueden ser abordados desde diferentes ángulos. Algunas herramientas educativas son:

- **Entrenamiento en teoría del error:**

Historia de la seguridad del paciente a partir del informe “Errar es Humano”. Causas de errores en la atención de la salud. Modelo del “queso suizo” en la causalidad de eventos adversos. Factores Humanos, barreras defensivas, deficiencias del sistema, etc.. Adaptación de herramientas de otras industrias. Reportes de incidentes, análisis de causa raíz, etc.

- **Entrenamiento en comunicación y trabajo en equipo:**

En estas capacitaciones en general se realizan ejercicios de reafirmación personal, empoderando al personal a hablar de frente y decir lo que piensa, pudiendo “parar la línea de producción” si considera que alguien está en riesgo. También se enseñan y practican técnicas de comunicación efectiva y de conciencia de situación. Se dan pautas para las “mini reuniones” de planificación y de análisis de lo actuado (“briefings” y “debriefings”)

- **Relato de historias sobre eventos adversos, errores y éxitos en seguridad del paciente**

Probablemente no exista mejor forma para inspirar el cambio cultural que una historia de vida bien contada. Estas historias resuenan en nosotros, nos movilizan y nos inspiran a la acción. Los millones de lesionados y muertos en el mundo por errores médicos evitables no dejan de ser una estadística. La muerte de una persona a quien y con quien nos podemos identificar es una tragedia. Muchas instituciones de avanzada comienzan sus reuniones internas contando la historia de algún paciente que sufrió un evento adverso. Es una buena forma de atraer la atención sobre brechas de seguridad, promover el pensamiento crítico y estimular el cambio. Las historias tienen la ventaja de ser fáciles de recordar y de retransmitir.(44) Además de las historias sobre errores, eventos adversos y riesgos, genere también historias de éxito sobre logros en seguridad y actos de

personas que marcaron una diferencia en su cuidado. Este tipo de historias son muy gratificantes para el personal, refuerzan estrategias de seguridad específicas y los motivan a continuar participando en los proyectos de mejora. Si bien lo mejor es contar las experiencias propias, el esfuerzo no debería limitarse a las historias internas. Hoy pueden conseguirse excelentes historias de eventos adversos, errores y riesgos en newsletters o videos de organizaciones dedicadas a seguridad del paciente. La utilización de fuentes externas favorece la identificación y evaluación de riesgos de la organización que de otra forma permanecerían ocultos, durmiendo de manera silente durante años antes de originar un resultado adverso. De hecho, la utilización de historias ajenas a la institución puede ser un gran punto de partida para quienes quieran embarcarse en esta modalidad de aprendizaje, ya que estos relatos son menos amenazantes para el personal y eliminan cualquier riesgo legal.

- **Simulacros y juego de roles**

Muchas otras industrias, particularmente la aviación, realizan simulacros para enseñar a las personas a reconocer los problemas y a comprender los efectos de sus reacciones sobre la seguridad. La técnica es especialmente útil para preparar al personal para situaciones propensas al error, de alto riesgo o inusuales. Cualquier organización puede beneficiarse de estas simulaciones, en cualquier ámbito. Desde simular un paro cardíaco, a la caída de un paciente de la cama, a un evento adverso en cirugía. Si bien existen laboratorios especiales de simulación, con muñecos y equipos especiales, los mismos no serían imprescindibles en la mayoría de los casos. Cualquier habitación desocupada puede servir, ya que suelen contar con lo que se necesita para recrear situaciones de emergencia. El tiempo invertido con el personal en estos simulacros puede además reforzar ante sus ojos el compromiso de la institución con la cultura de seguridad. (11)

5. Participación de los pacientes

Si bien la seguridad en la atención es una responsabilidad indelegable de los profesionales de la salud e instituciones médicas, los mismos dependen de una activa participación y compromiso de los pacientes para garantizarla. Los pacientes y sus familias pueden ser una gran barrera defensiva contra los eventos

adversos, y de hecho son a menudo la mejor fuente de información. La participación de los pacientes en verificaciones de seguridad y la posibilidad de preguntar y opinar en las recorridas multidisciplinarias hacen que se sientan valorados. Por otra parte, sus comentarios ayudan con frecuencia a identificar errores. Todo el personal debería estar entrenado para escuchar activamente y tomar muy en serio lo que los pacientes y sus familias tienen para decir. La participación de ellos en iniciativas de seguridad es una de las características de las culturas de seguridad del paciente más evolucionadas. (45)

¿Cómo se construye una cultura de seguridad? Un proceso continuo.

La cultura de seguridad es una meta que requiere una construcción compleja y demandante. La realización de una encuesta para determinar las actitudes y percepciones del personal sobre el clima de seguridad es tan sólo el primer paso de un proceso continuo. De hecho, el trabajo real –establecimiento de prioridades, planificación y ejecución de los cambios necesarios para aumentar la seguridad, y la medición de la efectividad de estos cambios- comienza luego de comunicar los resultados de la encuesta a las autoridades y al personal.

La simple descripción del problema y la voluntad de mejorar no mejorarán por sí solas la cultura de la organización. A la cultura de seguridad se llega mediante la implementación de un gran número de intervenciones que apuntan de manera simultánea y en paralelo a las diferentes dimensiones de la seguridad. Como ejemplo de plan de acción los especialistas suelen destacar el programa de seguridad que implementó con éxito el Johns Hopkins Hospital en sus unidades de terapia intensiva quirúrgicas (CUSP – Comprehensive Unit based Safety Program). Este programa consta de los siguientes seis pasos (46)

1. Evalúe la cultura de seguridad actual.
2. Brinde capacitación sobre la ciencia de la seguridad.
3. Identifique problemas de seguridad.

4. Establezca alianzas entre los líderes ejecutivos y las unidades clínicas
5. Aprenda de un defecto por mes
6. Reevalúe (o vuelva a medir) la cultura de seguridad.

Otro ejemplo inspirador es el programa llevado a cabo por una institución norteamericana (Ascension Health, de St. Louis). La organización buscó en la década pasada transformar su cultura para apoyar su misión de “brindar un acceso del 100% a una atención efectiva y segura que satisfaga a pacientes, médicos, empleados y asociados”. Se establecieron bonus para los ejecutivos de acuerdo a su desempeño en áreas claves de calidad y seguridad, como así también objetivos financieros para sus operaciones, buscando motivarlos para llegar a las metas de seguridad y trabajo en equipo de la organización. Al marco que eligieron para conseguir esto lo denominaron “Las cinco C para el cambio cultural”. Estas cinco Cs correspondían a: (47)

1. **Comprensión** (entender el problema)
2. **Compasión** (espiritualidad y compromiso)
3. **Colaboración** (creación de equipos entre distintas subculturas y prestadores)
4. **Coordinación** (procesos sistémicos, infraestructura y recursos=)
5. **Convergencia** (liderazgos culturales locales y diseinación rápida de las nuevas normas)

Utilizando este marco, Ascension estableció una serie de prioridades basadas en algunos riesgos identificados: úlceras por decúbito, infecciones nosocomiales, daño obstétrico, eventos adversos perioperatorios, caídas y errores de medicación. Si bien la organización reportó en diciembre de 2007 que al menos 2000 vidas habían sido salvadas en su viaje hacia el “daño 0”, debieron conceder que dado que muchos daños se producen por condiciones preexistentes del paciente, el objetivo de daño 0 resultaba algo idealista y un desafío mayúsculo.

Puede accederse a otros ejemplos de organizaciones que buscaron promover el cambio cultural en un

reporte preparado por el Commonwealth Fund, una fundación privada destinada a promover un sistema de salud de alto rendimiento, apoyando la investigación independiente sobre temas de salud. Para un resumen de logros y estudios de casos de distintas instituciones, recomendamos acceder el documento: “Healthcare Organizations Show Dedication to Safety” (6)

<http://www.commonwealthfund.org/search#/q=Committed%20to%20safety&sort=relevancy>

Palabras Finales

La generación de una cultura de alto rendimiento y seguridad es probablemente el principal desafío al que se enfrentan las organizaciones de salud en este siglo. Como sucede con cualquier cambio fundamental en el sector salud, la principal responsabilidad para acelerar los progresos en seguridad la tienen los líderes institucionales, en búsqueda del compromiso generalizado de toda la fuerza de trabajo.

A pesar de la gran cantidad de trabajos de investigación sobre herramientas y técnicas para disminuir errores y aumentar la seguridad, el mismo concepto de “cultura de seguridad” se encuentra pobremente definido en la literatura. Hemos tratado de resumir en esta revisión algunas dimensiones y comunes denominadores que nos acercarían a una definición, sin que haya un acuerdo total sobre la misma. Como la cultura suele ser un fenómeno dependiente del contexto local, lo mejor tal vez sería focalizarse en las culturas de cada servicio en particular y no en la cultura general de la organización. La mejora de la cultura de seguridad de cada unidad a través de las intervenciones específicas descritas repercutirá positivamente sobre la cultura de toda la organización.

Bibliografía

1. Kohn L, Corrigan J, Molla S, Donaldson M (editors) To err is Human: building a safer health system. Washington DC, National Academy Press, 1999
2. Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N. Eng. J. Med* 2010;363:2124-2134
3. James JT. A New Evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf.* Volume 9, N°3, September 2013. P 122-128.
4. Jha AK, Larizgoitia I et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modeling of observational studies. *BMJ Qual Saf* 2013; 22:809-815
5. Hoff T. Establishing a safety culture: thinking small. *Web M&M* [online]. Disponible en Internet
<http://webmm.ahrq.gov/perspective.aspx?perspectiveId=35&searchStr=safety+culture>
6. McCarthy D, Blumenthal D. Committed to safety: ten case studies on reducing harm to patients Online. 2006 Apr The Commonwealth Fund. Disponible en Internet:
http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=368995
7. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): In conversation with Peter J. Pronovost, M.D., Ph.D. *Web M&M* 2005 Jun Disponible en Internet.
<http://webmm.ahrq.gov/perspective.aspx?perspectiveId=6>
8. Mansdorf Z. Organizational culture and safety performance. *Occup Hazards* 1999 May;61(5):109-12.
9. Health and Safety Commission. Third Report: Organizing for Safety. ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO, 1993:23.
10. ECRI Institute. Culture of Safety. Healthcare Risk Control. Risk and Quality Management Strategies 21. Supplement A. Jan 2009
11. Institute for Healthcare Improvement (IHI). Develop a Culture of Safety.. Acceso marzo 2016. Disponible en Internet:
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/DevelopaCultureofSafety.aspx>
12. AHRQ Patient Safety Network (PSNet). Safety Culture. July 2014. Disponible en Internet:
<https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture>
13. Reason J. Achieving a safety culture. Theory and practice. *Work & Stress*, 1998. Vol 12 N°3 298-306
14. Weaver SJ, Dy S, Lubomski LH et al. Promoting a Culture of Safety. Chapter 33 Making Health Care Safer II. An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. AHRQ Pub. No. 13-E001-1-EF March 2013. Disponible en Internet:
<http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/services/quality/ptsafetysum.html>
15. Westrum R. A typology of organisational cultures. *Qual Saf Health Care* 2004;13 (Suppl (2):22- 27.
16. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): Patient safety culture surveys (online) Disponible en Internet .
<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/index.html>
17. National Health Service (NHS). UK. Manchester Patient Safety Framework.01 January 2006. Accedido Internet marzo 2016.:
<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796>
18. Fleming M. Patient safety culture measurement and improvement: a 'how to' guide. *Healthc Q* 2005;8:14e19.
19. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. *Saf Sci* 2007;45:653e67.
20. Halligan M, Zecevic A. Safety cultura in healthcare: a review of concepts,dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf* 2011. 20; 338-343
21. Academia Nacional de Medicina. Centro de Investigaciones Epidemiológicas. Encuesta sobre la

cultura de seguridad de los pacientes en la institución. (2005). Disponible en internet:

http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/encuesta_1.pdf

22. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res* 2006;6:44.

23. Singer S, Meterko M, Baker L, et al. Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. *Health Serv Res* 2007;42:1999e2021

24. Ginsburg L, Gilin D, Tregunno D, et al. Advancing measurement of patient safety culture. *Health Serv Res* 2009;44:205e24.

25. Bonner AF, Castle NG, Men A, et al. Certified nursing assistants' perceptions of nursing home patient safety culture: is there a relationship to clinical outcomes? *J Am Med Dir Assoc* 2009;10:11-20.

26. Flin R, Burns C, Mearns K, et al. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care* 2006;15:109-15.

27. Singer S, Lin S, Falwell A, et al. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Serv Res* 2008;44:399 a 421.

28. Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell M. *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events (Second Edition)*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Acceso libre en Internet:

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/RespectfulManagementSeriousClinicalAEsWhitePaper.aspx>

29. National Patient Safety Agency (UK), National Reporting and Learning Service *Being Open: Communicating Patient Safety Incidents with Patients, Their Families, and Carers*.

<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=65077>.

30. MA: Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors When Things Go Wrong: Responding to Adverse Events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals. Burlington,; March 2006. Disponible en: <http://www.macoalition.org/documents/respondingToAdverseEvents.pdf>

31. The National Patient Safety Foundation (NPSF's Lucian Leape Institute. 2015. *Shining a Light. Safer Health Care Through Transparency*. Version completa en ingles disponible en www.npsf.org

32. Popp P. How will disclosure affect future litigation? *J Healthc Risk Manage* 2003 Winter;23 (1):5-9.

33. Kraman SS, Hamm G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. *Ann Intern Med* 1999 Dec 21; 131(12):963-7.

34. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, et al. Disclosure of medical injury to patients: an improbable risk management strategy. *Health Aff* 2007 Jan-Feb;26(1):215-26

35. Leape LL. Full disclosure and apology: an idea whose time has come. *Physician Exec* 2006 Mar-Apr;32:16-8.

36. Birk S. Accelerating the adoption of a safety culture. *Healthcare Executive* MAR/APR 2015

37. Institute for Healthcare Improvement. *Safety Leadership Walkrounds™*. Accedido por Internet en marzo 2016.

<http://www.ihl.org/resources/pages/tools/patientsafety/leadershipwalkrounds.aspx>

38. Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, et al. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units. *BMC Health Serv Res* 2005 Apr 11;5(1):28.

39. Institute for Healthcare Improvement.(IHI). *Engaging Physicians in a Shared Quality Agenda*. Innovation series 2007.. Disponible en Internet.

www.ihl.org

40. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). TeamSTEPPS®: Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. Disponible en Internet: <http://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/teamstepps/index.html>

41. Joint Commission.. Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient-and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals April 3, 2014. Disponible en Internet: http://www.jointcommission.org/topics/health_equity.aspx

42. Leape LL; Shore MF; Dienstag JL. Et al. A culture of respect, Part 1: The nature and causes of disrespectful behavior by physicians. Academic Medicine, Vol 87, Nº 7. July 2012

43. Joint Commission. Behaviors that undermine a culture of safety [Sentinel Event Alert online]. 2008, July 9 www.jointcommission.org

44. Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Telling True Stories is an ISMP Hallmark. Here's why you should tell stories too. ISMP Medication Safety Alert. September 8, 2011. Disponible en Internet. <https://www.ismp.org/newsletters/acute/alert/showarticle.aspx?id=4>

45. The National Patient Safety Foundation (NPSF's Lucian Leape Institute. 2014. "Safety is Personal. Partnering with patients and Families for the Safest Care" Report of the Roundtable on Consumer Engagement in Patient Safety, 2014. . Accesible en idioma original en: <http://www.npsf.org/about-us/lucian-leape-institute-at-npsf/li-reports-and-statements/safety-is-personal-partnering-with-patients-and-families-for-the-safest-care/>

46. Pronovost P, Weast B, Rosenstein B, et al. Implementing and validating a comprehensive unit-based safety program. J Patient Saf 2005 Mar;1(1):33-40.

47. Rose JS, Thomas CS, Tersigni A, et al. A leadership framework for culture change in health care. Jt Comm J Qual Patient Saf 2006 Aug;32(8):433-42.