

CAPÍTULO 8



Cultura de la seguridad en los servicios de salud

Ana Lía Mesquida de Alvarado

Cultura y seguridad

Según el *Diccionario de la Lengua* de la Real Academia Española, una de las acepciones de la palabra **cultura** (del latín: *cultūra*) refiere al conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico o industrial, en una época y en un grupo social.

El término **seguridad** (del latín: *securitas*, *-ātis*), alude a una cualidad de seguro, a la certeza de un conocimiento, a un mecanismo que asegura un buen funcionamiento de algo, precavido fallas.

La cultura de la seguridad entonces, es el conjunto de características y actitudes de las organizaciones y las personas que determinan las cuestiones relacionadas con su seguridad.

La cultura de la seguridad, tuvo sus orígenes en organizaciones como la aviación y las industrias química, eléctrica y nuclear. Merece especial mención el desarrollo de la temática a partir de la catástrofe nuclear ocurrida en Chernobyl (Ucrania) en el año de 1986; si bien con anterioridad, a consecuencia del accidente en la central nuclear de Three Mile Island (Pennsylvania, Estados Unidos) en el año de 1979, este país ya había comenzado a tomar medidas para que se instalara la cultura de la seguridad, mas allá de los programas de garantía de calidad.

La seguridad de los pacientes y la cultura de la seguridad

La seguridad de los pacientes debe ser considerada como prioritaria en los servicios de salud ya que en la asistencia sanitaria actual se entrelazan procesos, tecnologías e interacciones humanas que, al ser cada día más complejas, involucran nuevos riesgos adicionales y potenciales tanto para los pacientes como para los trabajadores del área. Por ello, la gestión de riesgos apunta a la detección de errores, al análisis de los mismos y a la utilización de ello para rediseñar los procesos y mejorar la calidad de la asistencia. De hecho, resulta poco probable instaurar procesos tendientes a garantizar la seguridad de los pacientes si no están implantados programas de mejora continua de la calidad.

La importancia de estos aspectos puede encontrarse en las distintas declaraciones, planes y programas que promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS) para afrontar el problema de la seguridad de los pacientes. Esta organización, junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Departamentos de Salud del Reino Unido y de los Estados Unidos de América (entre otros organismos), lanzaron la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.(1)

La seguridad de los pacientes, entendida como el conjunto de estructuras y procesos organizacionales que disminuyen las probabilidades de padecer sucesos adversos como consecuencia de la atención recibida en una institución de salud, lleva implícita una serie de elementos para la efectiva prevención de riesgos en la asistencia sanitaria.

El Comité Europeo de Sanidad,(2) que es un comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria, reconoce diez componentes que, con un enfoque sistémico, participan en la prevención de esos riesgos:

1. Organización: funcionamiento de programas de gestión de riesgos sanitarios, desarrollo de actividades participativas de mejora en seguridad de los pacientes, utilización de indicadores sobre seguridad y desarrollo de sesiones críticas sobre resultados adversos tanto personales como de la organización.
2. Cultura de la seguridad: sensibilización cultural de los profesionales en la prevención de riesgos.
3. Evaluación de la seguridad: utilización de indicadores fiables para medir el nivel de desempeño seguro en los distintos niveles organizacionales.
4. Fuentes de datos y sistemas de comunicación de incidentes. Establecimiento de sistemas protegidos de notificación, comunicación y análisis de incidentes. Información sobre factores de riesgo a profesionales y pacientes.

5. Factores humanos: formación desde un ejercicio de la cultura de la seguridad en el personal sanitario para dar a conocer la verdadera magnitud del problema.
6. Facultades de pacientes y participación de ciudadanos: formación e información sobre la existencia de riesgos a la población.
7. Educación para la seguridad del paciente: identificación y gestión de riesgos con la participación de profesionales, usuarios y gestores. Formación de grupos de análisis de problemas concretos de seguridad.
8. Programas de investigación.
9. Marco jurídico.
10. Aplicación de la política de seguridad del paciente.

De acuerdo con el documento *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud*,⁽³⁾ aparte de los estudios realizados en los Estados Unidos de América, sólo se han publicado en Europa estudios con la misma herramienta en cinco hospitales belgas y uno noruego, y con otra similar en hospitales del Reino Unido.

Otros estudios (algunos de ellos abordando a un sólo tipo de profesional), fueron realizados en Japón, Nueva Zelanda y Corea. En todos los casos, el objetivo de los mismos ha sido averiguar cuál es la situación de esta característica de actitud en las organizaciones y cuáles serían las iniciativas a seguir para mejorarla.

Para analizar la cultura de la seguridad delimitaron las siguientes dimensiones:

- Frecuencia de eventos notificados.
- Percepción de seguridad.
- Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad.
- Aprendizaje organizacional/mejora continua.
- Trabajo en equipo en la unidad/servicio.
- Franqueza de las comunicaciones.
- Retroalimentación y comunicación sobre errores.
- Respuesta no punitiva a los errores.
- Dotación de personal.
- Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.
- Trabajo en equipo entre unidades/servicios.
- Problemas en cambios de turno y transiciones entre unidades/servicios.

En todos los estudios y experiencias que involucran a la seguridad de los pacientes, surgen como elementos ineludibles estos aspectos organizacionales que evidencian la importancia de la cultura de la organización para garantizar la seguridad.

La cultura de la seguridad en los servicios de salud

Todas las organizaciones que ponen en juego la seguridad, deben desarrollar la cultura de la seguridad para prevenir errores humanos y lograr beneficio de los aspectos positivos de las personas.

Las organizaciones productivas y las que brindan servicios, como lo son obviamente los servicios de salud, involucran en sus prestaciones elementos tanto tecnológicos como humanos o sociales, por lo cual, al decir de Touzet,(4) estamos en presencia de un sistema socio-técnico, en el cual las fallas y errores pueden originarse en ambos elementos y, por ello, deben ser controlados en forma conjunta.

En este sentido, el autor destaca que los primeros programas de garantía de calidad se centraban en los elementos tecnológicos y en la capacitación técnica de las personas acorde a su función. Al hablar de un sistema socio-técnico está destacando otros factores que tienen que ver con las condiciones ambientales y sociales de los trabajadores y sus interrelaciones; es decir, del conjunto social de quienes integran la organización. De allí que los atributos de la cultura de la seguridad, como la responsabilidad y la preocupación por la tarea, contribuyen a que la organización sea más eficaz y eficiente, a través de la gestión de la calidad desde un enfoque de sistemas.

Por ello, evaluar la cultura de la seguridad de una institución de salud va allá de la implementación de un programa de calidad, ya que intervienen elementos intangibles, referidos a la actitud y la conducta de las personas (como la precaución, la actitud vigilante, el buen juicio, la responsabilidad, la respuesta ante las contingencias, la reflexión, la prudencia), que no pueden evaluarse a través de herramientas convencionales como la supervisión o la auditoría. De hecho, resultaría casi imposible instaurar una nueva cultura en la organización utilizando las viejas herramientas.

Según el Internacional Nuclear Safety Group (INSAG)(5) que es el Grupo Internacional de Seguridad Nuclear de la Agencia Internacional de Energía Atómica, la cultura de la seguridad es un conjunto de elementos intangibles, de carácter subjetivo, que de todas formas dan como resultado manifestaciones y resultados tangibles.

Teniendo en cuenta que la cultura de la seguridad se basa tanto en estructuras como en costumbres y hábitos, se hace indispensable la utilización de medidas apropiadas (como la percepción), para poder evaluar los elementos intangibles a través de manifestaciones tangibles, por medio de procedimientos que permitan evaluar las cualidades que subyacen. El INSAG afirma que existen elementos de la cultura de la seguridad que son comunes a todas las actividades, organismos e individuos, y ellos son:

- Conciencia individual de la importancia de la seguridad.
- Conocimientos y competencia, impartidos por capacitación y adiestramiento del personal y por su autoformación.
- Compromiso, que requiere la demostración por parte del alto nivel de conducción de que la seguridad tiene alta prioridad, y la adopción de un objetivo de seguridad común por todos los individuos.

- Motivación, a través del liderazgo y la fijación de objetivos y sistemas de premios y sanciones, así como de actitudes autogeneradas en los individuos.
- Supervisión, que incluye prácticas de auditoría y revisión y la disposición para responder a las actitudes críticas de los individuos.
- Responsabilidad, a través de la asignación y descripción formal de las funciones y su comprensión por parte de los individuos.

Para que estos elementos puedan operar adecuadamente es indispensable la claridad en el marco jerárquico dentro de la organización, la debida responsabilidad de los altos mandos de gestión y la actitud del personal de todos los niveles para responder a este marco y aprovecharlo.

La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente, perteneciente al Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, elaboró el documento *Seven Steps to Patient Safety*, autorizando su uso a otras organizaciones de sanidad con propósitos de formación y no comerciales.

Por este motivo, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo de España realizó la traducción del mismo para ponerlo a disposición de los profesionales sanitarios en enero del año 2006.(6)

El documento describe las fases que las organizaciones de salud han de abordar para mejorar su seguridad y sirve de guía en la planificación y seguimiento de las actividades relacionadas con la seguridad del paciente. Pretende que el servicio sanitario sea lo más seguro posible y que, si aparecen errores, se reaccione de forma correcta.

Es precisamente el primer paso propuesto por la agencia el de construir una cultura de seguridad, entendida como la conciencia de que las cosas pueden ir mal y, en ese caso, tener la capacidad de reconocer los errores para aprender de ellos y poder mejorar.

Para ello, es necesaria una conducta abierta e imparcial que permita compartir la información de manera franca y con trato justo para el profesional que se encuentra frente a eventos adversos. Es importante, además, que esté basada en un enfoque de sistema, ya que las cosas no están únicamente ligadas al individuo, sino también al sistema en el que se desempeña. Detectar qué funcionó mal en el sistema ayuda a aprender lecciones y prevenir su repetición.

Por todo lo planteado, podemos afirmar que la cultura de la organización está presente en todo momento: cuando se atiende a los pacientes y a su familia, cuando se fijan los objetivos, cuando se desarrollan los procesos y procedimientos durante el desempeño y cuando se rediseña; por ello impacta tanto en la misión, visión y objetivos de la organización. También por esto debe ser parte de la estrategia, la misión, la visión, los objetivos, los indicadores, los proyectos y la forma de trabajar de la organización.

La cultura de la seguridad también tiene beneficios que impactan positivamente en el funcionamiento de la organización, que se logran por la evolución hacia la mejora continua de la calidad, a partir del análisis de los errores. En este contexto, no cunden los rumores ni el temor entre el personal, ya que todos están informados de que puede haber problemas o de que efectivamente los hay, lo que permite, a partir del aprendizaje, reducir la gravedad

y la repetición de errores. Al entablarse una comunicación fluida con el fin de prevenir riesgos, y el personal trabaja con más confianza y menos estrés ante la reducción de efectos adversos, disminuyen las probabilidades de daños, lo que produce un impacto positivo en los pacientes.

Al haber menos errores también se reducen los tiempos de espera y los costos derivados de la gestión de quejas, de costos sobreagregados, de costos sociales (óbito de pacientes) y de costos financieros (pagos por incapacidad).

La cultura de la seguridad es justa, dado que es abierta e imparcial, permite hablar sobre los eventos adversos tanto entre los colegas como con las personas que ocupan distintos niveles jerárquicos dentro de la institución. Esto incluye también a los usuarios, ya que los pacientes son integrados activa y participativamente al sistema.

Incluye un trato justo y apoyo al personal ante la presencia de eventos adversos y elimina dos mitos: la idea de que la perfección es posible si se trabaja con tesón y la concepción de que castigando a quienes cometen errores se mejoran las cosas.

La cultura de la seguridad impulsa a la gente a hacerse responsable de sus actos a través de un liderazgo proactivo, en donde se potencia el entendimiento y se explicitan los beneficios, asegurando la imparcialidad en el tratamiento de los eventos adversos, sin obviar medidas disciplinarias ante eventos graves.

Los componentes de los efectos adversos pueden darse por:

- Factores causales. Incluyen los fallos activos por acción u omisión del personal al brindar un cuidado directo; por las condiciones latentes del sistema como la inadecuada planificación de turnos o las vías de comunicación no fluidas, así como por la incorrecta ejecución de los procedimientos.
- Factores contribuyentes. Propiciados por estado del paciente, las condiciones del equipamiento y los recursos, los factores sociales como el nivel de formación del recurso humano y las condiciones del medio ambiente de trabajo.
- Factores temporales. Están presentes cuando un factor causal produce un evento adverso.
- Las consecuencias dadas por el impacto de algún evento adverso.
- Los factores mitigadores. Son los que reducen o atenúan el impacto producido por una acción u omisión.

Como puede apreciarse, un evento adverso puede involucrar tanto a los recursos humanos que proveen la atención como a problemas de estructura en la organización; por ello es necesario abordar la problemática desde un enfoque de sistemas, indagando más la causa en el sistema en donde las personas trabajan, en lugar de en la culpa individual. Debe basarse más en el “por qué”, que en el “quién”.

Si todos los trabajadores de la salud tienen una actitud responsable y de prevención, es posible que esa actitud sea transmitida a cada persona racionalmente o de manera inconciente. La actitud individual depende de alguna manera de la cultura colectiva de

la organización. Esta última fija las reglas, determina conductas y adopta costumbres, las cuales son incorporadas paulatinamente por afinidad o por sentido de pertenencia de las personas que la integran.

Si la persona advierte que sus compañeros de trabajo operan sin cuidado y/o haciendo caso omiso a las reglas, la percepción del riesgo será de menor magnitud. Por el contrario, si todos son cautelosos y responsables en su trabajo, la percepción del riesgo puede incrementarse.

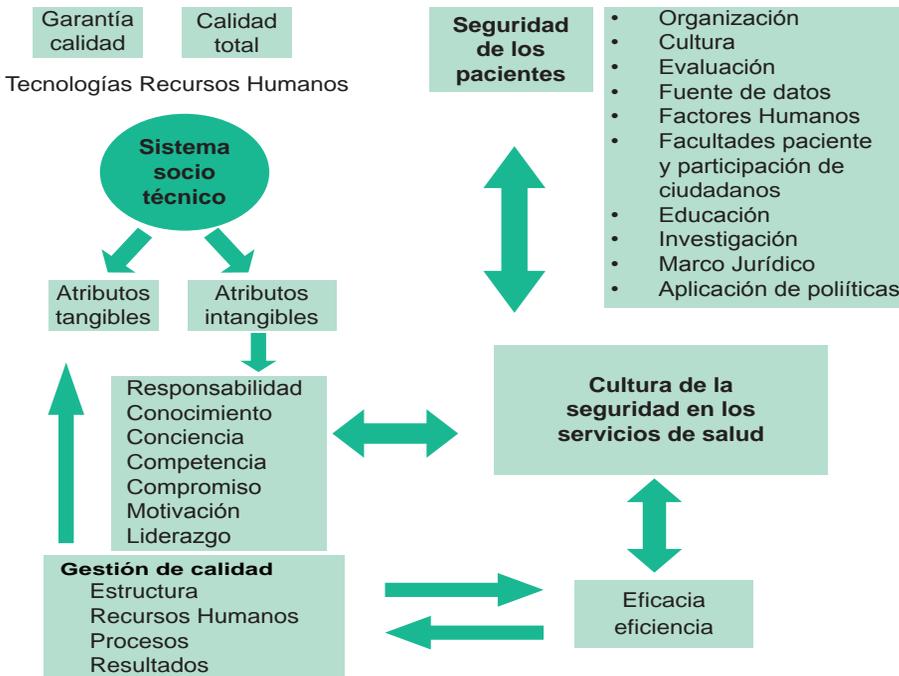
Los conflictos laborales en la organización pueden generar actitudes y conductas opuestas a la seguridad como muestra de descontento ante una situación no deseada o considerada injusta.

La educación continua de todo el personal de la organización es un elemento indispensable en los programas de mejora de la calidad. Si bien es necesario incrementar el entrenamiento del personal, no es por sí solo suficiente si al mismo tiempo no se realizan actividades para mejorar su actitud hacia la calidad y la seguridad.

En síntesis, la cultura de la seguridad en los servicios de salud, está representada por el conjunto de conocimientos, pensamientos, creencias, hábitos, costumbres y rutinas, que los miembros del equipo de salud comparten y utilizan para tomar sus decisiones y significar sus prácticas.

La figura 1 muestra la interrelación de los aspectos tratados.

Figura 1. La cultura de la seguridad en los servicios de salud.



Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Enfoque: por la seguridad del paciente [En línea]. Washington, D.C., diciembre de 2007 [consultado el 22 de diciembre de 2009]. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm].
2. Ministerio de Sanidad y Consumo (SPA). Estrategia en Seguridad del paciente: recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [consultado el 22 de diciembre de 2009]. Disponible en: [<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/>].
3. Ministerio de Sanidad y Política Social (SPA). Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009 [consultado el 22 de diciembre de 2009]. Disponible en: [<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/investigacion/51-estudios/174-analisis-cultura-seguridad-paciente-ambito-hospitalario-sns.pdf>].
4. Touzet RE. La implantación de la cultura de seguridad. En: Regional Congress on Radiation Protection and Safety: Proceedings of the 5th Regional Congress on Radiation Protection and Safety; 29 de abril al 4 de mayo de 2001; Recife; 2001 [consultado el 22 de diciembre de 2009], pp.696-706. Disponible en: [<http://www.arn.gov.ar/MenoriaT/Mt-01/MT73A-01.pdf>].
5. Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA). Cultura de la Seguridad: informe del Grupo Internacional Asesor en Seguridad Nuclear. Viena: OIEA; octubre de 1991. (Colección seguridad núm. 75-INSAG-4).
6. Ministerio de Sanidad y Consumo (SPA). La seguridad del paciente en siete pasos: Agencia Nacional para la Seguridad del paciente (NPSA), Sistema Nacional de Salud (NHS), Reino Unido. (Traducción y resumen de Miguel Recio Segoviano; Agencia de Calidad, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; noviembre de 2005 [consultado el 22 de diciembre de 2009]. Disponible en: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf].