

## CARTA EDITORIAL

### Desafíos a la Cultura de Seguridad

Karina Rando

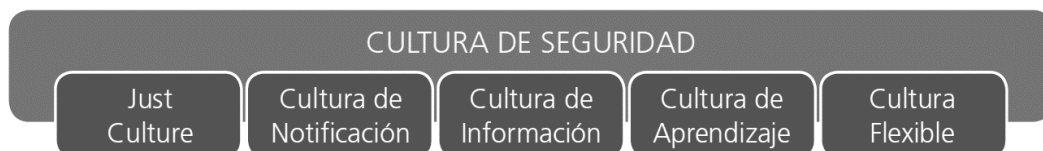
**“Mientras sigan yendo médicos y enfermeros a la cárcel por errores asistenciales, nunca se podrá llegar a tener una Cultura de Seguridad”.** Esas fueron las palabras que repitió en más de una oportunidad el Dr. Allen Kachalia en sus conferencias dictadas en Montevideo, en el Ministerio de Salud Pública y el Fondo Nacional de Recursos el pasado martes 12 de setiembre del 2017.

Allen Kachalia, es Profesor Agregado en el Departamento de Políticas y Dirección de Salud del Brigham & Women’s Hospital de Boston, donde además de ser médico clínico, es Director de Calidad y Vicepresidente de Calidad y Seguridad de dicho hospital, siendo a su vez miembro de la Escuela de Salud Pública, en la Facultad de Harvard T.H.Chan. También es graduado en abogacía en la Universidad de Pennsylvania. Esto le permitió llegar a los interlocutores representantes de la Justicia de nuestro país, que estaban presentes y pudieron comprender cabalmente su discurso colmado de ideas que para el Uruguay aún son innovadoras. Un punto destacado de sus investigaciones, es la relación entre la Cultura de Seguridad, la comunicación de los errores y la Legislación. A propósito de sus ponencias se proponen algunas reflexiones sobre este tema para Uruguay.

Cabe preguntarse en primer lugar: ¿que es la Cultura de Seguridad? La misma se entiende como la combinación de los valores, actitudes, competencias y modos de comportamiento, tanto individuales como de grupo que determinan el compromiso, modelo y competencia de la gestión de la seguridad en una organización. El término se origina en estudios del desarrollo de la psicología social y conductual en los años 50 y 60. El informe que emerge de la Agencia Internacional de

Energía Atómica (IAEA) para explicar el desastre nuclear de Chernobyl introduce claramente por primera vez el concepto de Cultura de Seguridad y desglosa cada uno de sus elementos. El análisis de las condiciones de seguridad de la planta nuclear determinó que la misma tenía procesos de gestión de seguridad adecuados, operarios entrenados y procedimientos de seguridad claros. Sin embargo, las deficiencias en las actitudes hacia la seguridad en la organización provocaron el desastre.

La Cultura de la Seguridad (**Figura 1**), sea en el área aeronáutica, industrial o en la salud, va necesariamente de la mano con una actitud que se aprende de la organización en la que estamos inmersos. La Cultura Organizacional, es el sistema de valores y creencias compartidas, que determina la forma en que se hacen las cosas en una organización. Donde sea que trabajemos, estamos inmersos en una Cultura Organizacional y nos acostumbramos a ella. Si nuestro Hospital, presenta una Cultura Organizacional enfocada a prevenir accidentes, nosotros terminaremos adquiriendo una actitud



en pro de la seguridad.

**Figura 1:** Cultura de la seguridad

La Cultura de Seguridad es por tanto, una parte de la Cultura Organizacional que se refiere a la realidad de la seguridad y no necesariamente, a lo que la gente dice que se debería hacer. La misma refleja las actitudes y conductas de los individuos, de los grupos y de la organización que priorizan el compromiso hacia la seguridad operacional y por tanto está ligada a los sistemas de gestión y de supervisión. Sus cinco pilares son: "just culture", cultura

de notificación, cultura de información, cultura de aprendizaje y cultura flexible. La combinación de estos cinco elementos, determina la conciencia de seguridad.

1- "Just Culture". Se refiere a la atmósfera en la que el médico y personal de salud trabaja. Específicamente es la capacidad que tienen de informar de accidentes o incidentes de riesgo (no actos deliberados ni francamente negligentes), con la confianza de que la organización no los penalizará o castigará.

2- Cultura de Notificación. Se incentiva al personal a informar de los posibles errores, situaciones de riesgo o amenazas contra la seguridad, incluso las propias acciones inseguras.

3- Cultura de Información. La obtención y procesamiento permanente de datos obtenidos de las notificaciones o de auditorías y que son analizados para mejorar la gestión. La participación activa y la involucración honesta del personal es clave para obtener información certera y de calidad que servirá de base para las acciones.

4- Cultura de Aprendizaje. Existe la voluntad de cambiar y de mejorar por parte de la organización y de sus miembros.

5- Cultura Flexible. La clave para la mejora es que la organización sea capaz de reconfigurar el sistema en función de la experiencia previa. Las reconfiguraciones y la implementación de acciones deben ser rápidas y deben ser reevaluadas permanentemente.

Volviendo a la conferencia del Dr. Kachalia, ante la pregunta: "¿Las leyes favorecen la cultura de la seguridad en vuestro país?" un sorprendente núcleo de miembros de la audiencia respondimos que no. Es un hecho que los médicos no se sienten protegidos por sus instituciones de trabajo ni por la ley, más bien se sienten amenazados y desamparados. La justicia en Uruguay es puramente punitiva cuando se trata del error médico y la Cultura Organizacional de los centros asistenciales de nuestro Sistema Nacional Integrado de

Salud, obstaculiza el desarrollo de los 3 primeros pilares sobre los que se basa la Cultura de Seguridad:

1- Los médicos, no confían en las organizaciones asistenciales ni en el Ministerio de Salud Pública lo suficiente, como para reportar los incidentes ni los accidentes. Los ámbitos para reportar los incidentes críticos a nivel Nacional e Institucional no son amigables y no son considerados una herramienta constructiva por el personal de salud. La falta de confianza puede estar basada en que Uruguay, ha tenido históricamente una actitud punitiva hacia el error médico. En los últimos años, errores médicos de público conocimiento han llevado a prisión y a destitución de sus cargos a médicos, enfermeros y químicos farmacéuticos en Uruguay. Dichos errores fueron claramente involuntarios y evidentemente favorecidos por un sistema inseguro y por la ausencia absoluta de Cultura de Seguridad.

2- La notificación de errores, no se promulga como lo que es: una herramienta de recolección de datos con fines de mejora que redundaría en el propio beneficio del paciente y el médico. La proporción de incidentes reportados es mínima generando un subregistro inadmisiblemente bajo para realizar acciones correctivas. Nuevamente, la naturaleza punitiva y la desconfianza en el sistema pueden ser factores influyentes, sin embargo, en este punto hay también un déficit en la consciencia del personal de salud acerca de la necesidad de recoger información para generar cambios positivos. Es necesario fortalecer la educación en todas las etapas de la formación (pregrado y postgrado), así como en el seno de cada institución asistencial.

3- La cultura de la información, no se implementará en los médicos clínicos hasta que se enseñe la importancia del análisis de los datos para la mejora del sistema. La reserva en el manejo de la información parece ser clave para el desarrollo de esta cultura y esto también tiene mucho que ver con las garantías de los informantes y la legislación vigente.

A estas dificultades se le agregan otras: la escasez de líderes institucionales que guíen la implementación de prácticas seguras, la lentitud del sistema judicial para compensar económicamente a los pacientes que sufrieron daño o la ineficacia de los incentivos económicos para implementar medidas de seguridad institucionales.

Por último, debemos resaltar que nuestra especialidad, la anestesiología, ha impulsado la generación de Cultura de Seguridad, desde el ámbito científico con el registro, documentación y análisis de datos acerca de incidentes y accidentes con medicamentos LASA (del inglés "look alike-sound alike). En un estudio recientemente publicado en la Revista Médica del Uruguay, más del 90% de los anesthesiólogos encuestados respondieron los cuestionarios enviados. Para ello, se les aseguró que los fines no eran punitivos y que no sería revelada la identidad de quienes cometieron los errores. Los resultados arrojados son invaluable: el 86,2% de los anesthesiólogos ha tenido al menos una vez un error de medicación con ampollas de fármacos potencialmente mortales en Uruguay. El 23,8% de los fármacos confundidos (10 de 42), integran el 73,2% de las duplas confundidas y están involucrados en el 85,4% de los accidentes de inyección errónea.

En la discusión del trabajo, se especifican acciones correctivas para implementar en cada uno de los niveles del sistema de salud: desde la industria farmacéutica hasta el individuo, pasando por acciones institucionales, educativas y de gobernanza. A casi un año del reconocimiento por parte de la Academia Nacional de Medicina con el Premio Ministerio de Salud Pública, son pocas las medidas implementadas. Cada día siguen produciéndose accidentes potencialmente graves, prácticamente ninguno de ellos se comunica y por ende no se analizan las medidas para evitarlos. La búsqueda del o de los culpables por parte de la justicia y de las autoridades

institucionales y Nacionales continúa; las fallas del sistema son ignoradas y las soluciones globales no aparecen.

La Cultura de Seguridad, parece ser una meta difícil de alcanzar con un sistema regulatorio obsoleto y punitivo. ¿Quiénes son los más perjudicados? ¿las Instituciones, los médicos o los pacientes? La respuesta es irrelevante, la falta de seguridad afecta a todos y la necesidad de reformar el Sistema, para permitir el desarrollo de la Cultura de Seguridad, es una necesidad urgente. Organizaciones como los Consejos de Seguridad del Paciente (COSEPAS), han iniciado el arduo trabajo, la responsabilidad de consolidarlo es de cada uno de nosotros: "manos a la obra".

#### Bibliografía:

Instituto Nacional de Calidad (INACAL). Uruguay. Mejora de la calidad en la salud en Uruguay, proyecto "LIBRO BLANCO" [En línea ].

Versión 1.8- Abril, 2015.

URL:

[http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/novedades/libro\\_blanco.pdf](http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/novedades/libro_blanco.pdf)

Kachalia A, Mello MM, Nallamothu BK, Studdert DM. Legal and Policy Interventions to Improve Patient Safety [En línea]. Circulation.

2016;133(7):661-71. URL:

<http://circ.ahajournals.org/content/133/7/661.long>

Rando K, Rey D. Errores de medicamentos LASA en anestesiología en Uruguay [En línea]. Rev Méd Urug 2017; 33(2):103-120. URL:

[http://www.rmu.org.uy/revista/proximo/rmu33-2\\_857\\_rando-lasa.pdf](http://www.rmu.org.uy/revista/proximo/rmu33-2_857_rando-lasa.pdf)

#### **Nota:**

Dra. Karina Rando.

Anestésista. Unidad Bi-Institucional de Trasplante Hepático.

Sub-Jefa de Anestesiología. Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

Ex Docente de Anestesiología. Departamento y Cátedra de Anestesiología. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Investigadora de la Unidad Docente Asistencial. Centro Nacional  
Hepato-Bilio-Pancreático. Correspondencia: karina.rando@gmail.com