

Cultura de Seguridad del Paciente

¿No punitiva o JUSTA?

Mg. Mariana G. Seisdedos

Coordinadora de Seguridad del Paciente

Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente

Hospital Universitario Austral

Al menos 5 pacientes mueren cada minuto
por falta de seguridad en la atención
sanitaria.



Alcemos la voz
por la seguridad del paciente!



¿Quiénes sufren las consecuencias de los eventos adversos?



PACIENTE

El paciente, los familiares y amigos
(Mira et al., 2015)



PROFESIONAL

“...todo profesional sanitario que participa en un EA, un error médico o una lesión inesperada relacionada con el paciente y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso” (S.Scott, 2009)



HOSPITAL

La organización sanitaria que puede sufrir una pérdida de reputación
(Denham, 2007)



Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ. 2000;320:726-7.

Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. Qual Saf Health Care. 2009;18:325-30.

Proyecto de investigación segundas y terceras víctimas. Disponible en www.segundasvictimas.es

Cultura de seguridad

«Entorno colaborativo en el que profesionales cualificados se tratan mutuamente con respeto, los directores guían un trabajo en equipo eficaz y promueven la seguridad psicológica, los equipos aprenden de los errores y casi fallas, los cuidadores son conscientes de las limitaciones inherentes al rendimiento humano en sistemas complejos (reconocimiento del estrés) y existe un proceso visible de aprendizaje e impulso de mejoras mediante reuniones informativas».



Cultura de seguridad

Pensamiento basado en riesgos, abiertos para hablar, aprender y corregir. Establecer y adherir a prácticas seguras



“Es todo aquello que hacemos cuando nadie nos está controlando”

La atención de salud es una actividad compleja que está sujeta a errores.

Para reducir los errores:

- 1** Simplificar y normalizar procedimientos
- 2** Capacitar al personal de salud
- 3** Implicar a los pacientes en sus cuidados
- 4** Garantizar un entorno seguro y limpio
- 5** Notificar los errores y aprender de ellos



Alcemos la voz
por la seguridad del paciente!

El objetivo en la seguridad de alta confiabilidad es centrarse en las señales de alerta temprana y trabajar para mejorar la forma en que se identifican y dan respuestas.

La clave de este proceso es crear una cultura de aprendizaje.

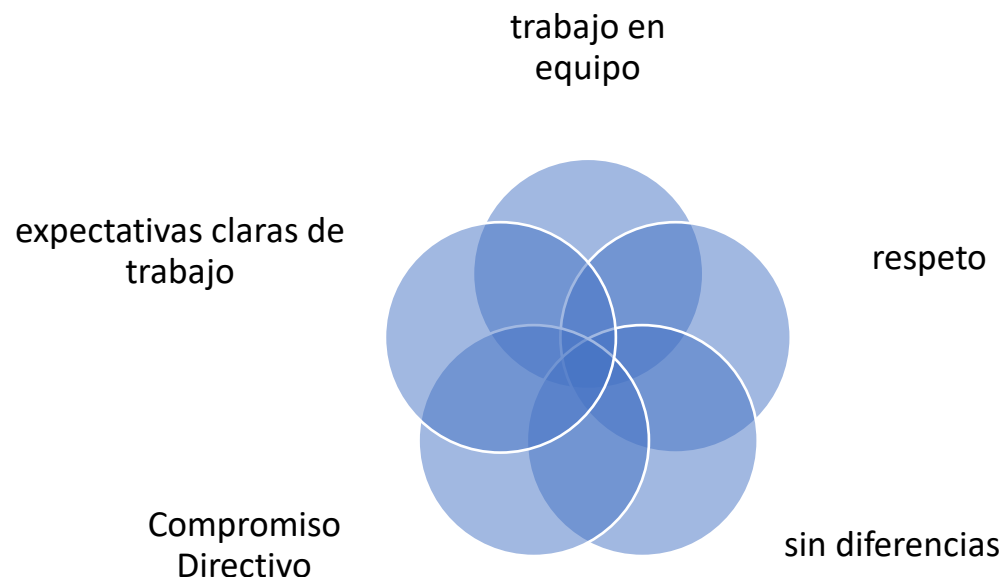


La cultura de seguridad no es un eslabón aislado, se siente y se vive en cada acción que realicemos por el paciente. Depende de cada una de las acciones de cada uno de los miembros de una organización.



CULTURA DE SEGURIDAD

La seguridad y calidad prosperan en un entorno que apoye:



Las conductas que no son consistentes con una cultura segura o que intimidan a otros y afectan a la moral o a la rotación del personal pueden ser dañinas para la atención del paciente.

Cultura no punitiva



- Para errores multicausales
- Considerar responsabilidad profesional (no culpa)
- Excluye los actos irresponsables
- CULTURA JUSTA

Beneficios de la Cultura de seguridad

- Impacto positivo en el funcionamiento de la organización
- Mejora continua (dado que la perfección no es posible)
- Personal informado de que puede ir mal y qué ha ido mal (no rumor / no temor)
- Reducir la recurrencia y severidad " debido al aprendizaje
- Personal con menos stress, culpabilidad, falta de confianza...
- Menos eventos adversos?
- Reportes voluntarios de incidentes

PROGRAMA DE CULTURA

- Reconocer la naturaleza de alto **riesgo** de las actividades de un hospital y la determinación de conseguir operaciones consistentemente seguras.
- Propiciar un entorno en el que las personas puedan informar de errores o cuasi incidentes sin temor a represalias o castigos.
- Promover la colaboración entre diferentes puestos y disciplinas para buscar soluciones a los problemas de seguridad del paciente.
- Compromiso organizativo de recursos, como tiempo de personal, educación, un método seguro para informar de problemas, y similares, para abordar preocupaciones de seguridad.

NO PUNICIÓN VS CULTURA JUSTA

Una cultura de culpa individual, impide el avance de una cultura de seguridad

Una conducta temeraria, exige rendir cuentas

Una cultura de seguridad incluye identificar y abordar problemas relacionados con sistemas que conducen a conductas no seguras. Al mismo tiempo, los hospitales deben mantener la responsabilidad estableciendo tolerancia cero para conductas temerarias.

La responsabilidad distingue entre:

- **un error humano (como una confusión)**
- **una conducta de riesgo (por ejemplo, tomar atajos)**
- **una conducta temeraria (como ignorar los pasos de seguridad requeridos)**

Sobre la guía



- Preguntas que ayudan a aclarar si realmente hay algo específico sobre una persona que necesita apoyo o gestión o si el problema es más amplio, en cuyo caso señalar a la persona a menudo es injusto y contraproducente.
- **Ayuda a reducir el papel del sesgo inconsciente al tomar decisiones** y ayudará a garantizar que todas las personas sean tratadas de manera equitativa y justa sin importar su grupo personal, profesión o antecedentes.
- **No debe usarse de manera rutinaria.** Solo debe usarse cuando ya existe la sospecha de que un miembro del personal requiere algún apoyo o gestión para trabajar de manera segura.
- La guía **no reemplaza la necesidad de una investigación de seguridad del paciente** y no debe usarse como parte integral o de rutina de una investigación de seguridad del paciente.
- Esto se debe a que el objetivo de esas investigaciones es el aprendizaje y la mejora del sistema. Como resultado, las decisiones sobre evitabilidad, culpa o la gestión de personal individual se excluyen de las investigaciones de seguridad para limitar el efecto adverso que esto puede tener sobre las oportunidades de aprendizaje y mejora del sistema.

<https://www.england.nhs.uk/patient-safety/patient-safety-culture/a-just-culture-guide/>

improvement.nhs.uk

Based on the work of Professor James Reason and the National Patient Safety Agency's Incident Decision Tree

Supported by:



Algoritmo de Cultura Justa

¿Hay dudas sobre el accionar de un profesional?

Prueba de daño
deliberado

¿Hay alguna intención de causar
daño?

Si

Recomendación: seguir las orientaciones de la institución para una gestión adecuada de estas situaciones. Esto podría involucrar: contactar cuerpos reguladores relevantes y procesos disciplinarios. Una investigación más amplia es necesaria para entender cómo y por qué los pacientes no estaban protegidos de las acciones del individuo.

Prueba de Salud

¿Hay indicios de abuso de
sustancias o de un problema de
salud física o mental?

Si

Recomendación: Seguir las orientaciones para el abordaje de problemas de abuso de sustancias, y problemas de salud que pueden afectar el desempeño en el trabajo. Dar aviso a Medicina Preventiva. Es probable que se necesite una investigación más amplia para reconocer y abordar antes estos problemas.

Prueba de antecedentes

¿Existen protocolos acordados o
prácticas aceptadas que aplican
a esta cuestión?
¿Los protocolos son factibles de
aplicarse en la práctica diaria?

Si

¿El individuo a sabiendas se
apartó estos protocolos?

No

Recomendación:
Considerar entrenamiento individual, evaluación de su rendimiento y competencias, cambios en el rol o aumento de la supervisión. La investigación de incidentes de seguridad debería impulsar acciones más amplias para evitar eventos futuros.

Prueba de "pares"

¿Personas con similar
experiencia y calificaciones, se
comportarían de la misma
manera en circunstancias
similares?

Si

No

¿El individuo estuvo ausente en
algún entrenamiento relevante o
le faltó experiencia o supervisión
por pares más veteranos?

Si

No

Si

¿Hubo alguna circunstancias
atenuantes significativas?

Si

No

Recomendación:
Considerar aplicar procesos disciplinarios, evaluación de su rendimiento y competencias, ajustes en su tareas y aumento de la supervisión.

Falla sistémica

Recomendación:

Realizar un análisis sistémico y establecer mejoras para las debilidades detectadas.

*Adaptación de "A just culture guide" - NHS

ATENCIÓN: Esta guía no reemplaza la necesidad de una investigación de seguridad del paciente y no debe usarse como parte integral o de rutina de una investigación de seguridad del paciente. Esto se debe a que el objetivo de esas investigaciones es el aprendizaje y la mejora del sistema.

Muchas gracias

Mg. Mariana G. Seisdedos

MSEISDED@cas.austral.edu.ar

