



Seguridad del paciente en relación con la prevención y el reporte de los Errores en los Procesos de Atención en Salud:
Un abordaje cuali-cuantitativo de la Cultura del Error y de la Seguridad en instituciones de salud en el ámbito local.

Karina A. Faccia

“...la enfermera...habrá de ser muy disciplinada y obedecer exactamente los consejos y las indicaciones de los médicos. Y si el facultativo, por una razón cualquiera, hubiese podido **cometer un error** en las dosis de los medicamentos, en el tratamiento o en el diagnóstico, y en el caso de que la enfermera se diese cuenta de ello, deberá advertir a su superior con el respeto y la consideración que merece, cuidando mucho de que el enfermo no se entere, con objeto de no socavar la confianza que el facultativo inspira...”

(Dra. Huelin Martaga, Rosario. La enfermera en el hogar y la clínica. Manuales prácticos Molino. Buenos Aires.1942.)

“Errar es humano... pero más humano es echarle la culpa a otro”.
(Les Luthiers)

“Errar es humano... pero más humano parece ser ocultarlo”.
(Acad. A. Agrest)

“Con el error tenemos dos problemas: uno es el cometerlo, que afecta nuestra calidad de atención, demuestra nuestros defectos profesionales y entraña la posibilidad de daño culposo; el otro es la confesión o denuncia del error, que afecta nuestra franqueza. La parresia socrática, es decir, una verdad que podría perjudicarnos”.

(Acad. Agrest, A. Introd. al Error en Medicina.
<http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>, Abril 2004. CIE.
A. N. M., Bs. As.)

¿Qué sucede cuando los **profesionales de la salud** cometen errores en el proceso de atención de los **pacientes**?

¿Cuáles son los **factores** que facilitan la **ocurrencia de errores**?

¿Cuáles son las **acciones** que llevan a cabo las instituciones de salud para **mejorar la seguridad de los pacientes**?

ANTECEDENTES Y DESARROLLO DEL PROYECTO

2001-2002

Comisión de Académicos convoca el C.I.E. para el diseño e implementación de un proyecto sobre el error y la seguridad de los pacientes.

2003-2004

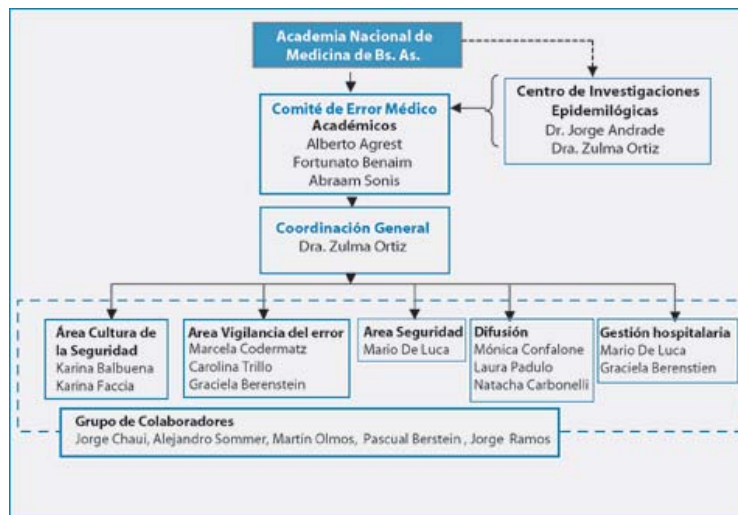
Primer subsidio del Programa Vigi+a – Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
Implementación: Inst. A. Lanari Bs. As. Hosp. de la Asociación Médica de Bahía Blanca.
Resultados presentados en las
1º Jornadas Nacionales de Seguridad de los Pacientes y Error en Medicina.



2005-2006

Beca de la C.O.N.A.P.R.I.S.- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación- para un estudio colaborativo multicéntrico.
Incorporación del Hosp. Garrahan de la Ciudad de Bs. As. y el Hosp. de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba.

ORGANIGRAMA Y ESTRUCTURA FUNCIONAL



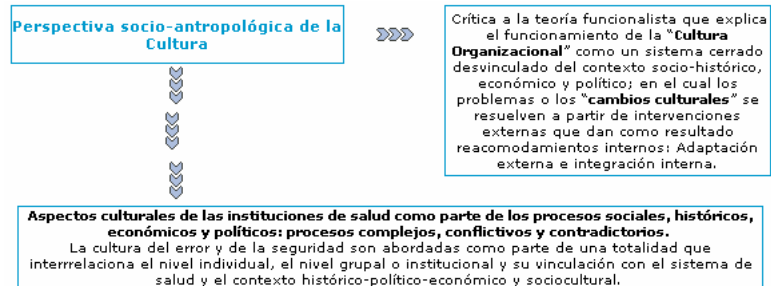
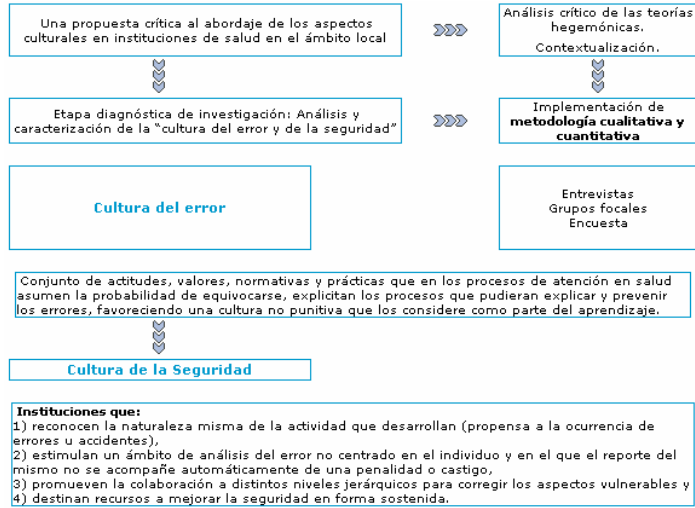
OBJETIVOS GENERALES

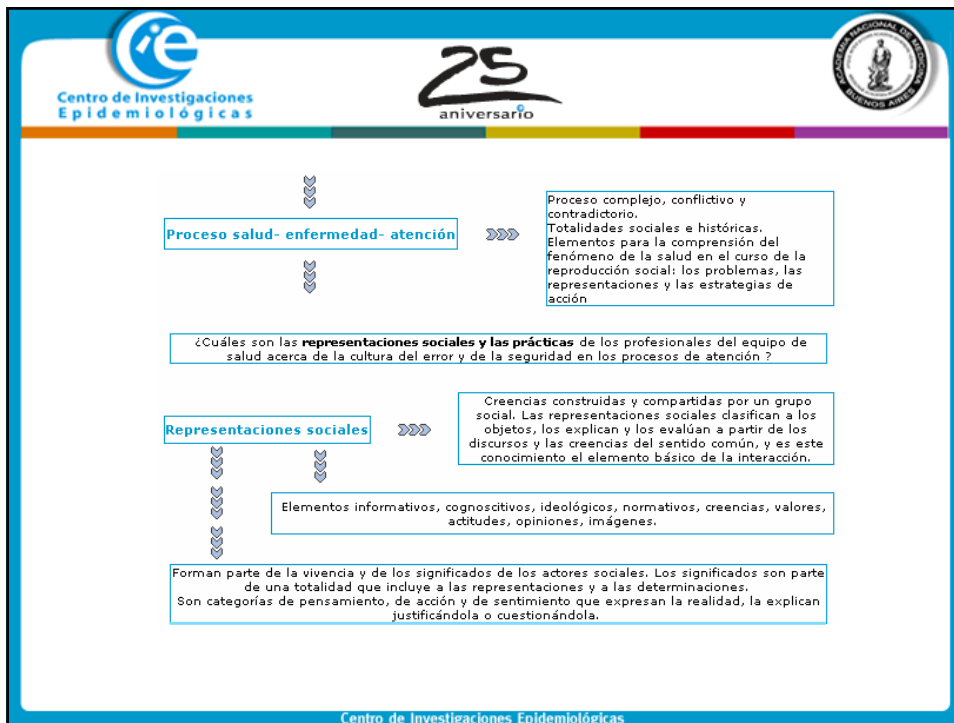
1. Favorecer una **cultura no punitiva** que promueva la toma de conciencia acerca de los problemas de seguridad, aliente al personal de salud a incrementar su preocupación por los errores y riesgos en los procesos de atención.
2. Promover el **reporte** de incidentes, errores de atención y eventos adversos con fines de **aprendizaje** para facilitar la mejora en la seguridad de la atención.
3. Construcción de una **red de personas e instituciones** interesadas en reducir la frecuencia y magnitud de los errores en la atención de los pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analizar y caracterizar la “**cultura del error y de la seguridad**” propia de las instituciones de salud participantes.
- b) Identificar y **analizar situaciones** de riesgo, errores, eventos adversos y sus consecuencias clínicas.
- c) Identificar **oportunidades** a nivel de los procesos para implementar mejoras en la seguridad.
- d) Seleccionar y **rediseñar procesos críticos** de la atención que contribuyan a incrementar los niveles de seguridad esperados (estándares de seguridad).

CULTURA DEL ERROR Y DE LA SEGURIDAD





Análisis cualitativo

Se plantea la necesidad de **instalar institucionalmente esta problemática:**

"En esta institución no existe una sistemática del error. Sí se está trabajando en cuanto a calidad, que tiene relación con el error".

"No hay una cultura institucional. No se respetan las normativas, lo organizacional". "Las normas son las normas". "Primero debemos darnos cuenta que las instituciones se tienen que fortalecer". "Yo necesito cambiar la cultura y mi éxito va a depender de que todo el resto haga las cosas bien".

La actitud más frecuente frente al error es el **ocultamiento por falta de confianza, protección y políticas institucionales que favorezcan la notificación del error:**

"En vez de aprender del error se lo sanciona, o en los grupos quirúrgicos aquella persona que reconoce el error se lo reconoce como débil".

Centro de Investigaciones Epidemiológicas

Se relacionan los errores cometidos por los individuos con las fallas del sistema institucional. Las condiciones de trabajo, el déficit en la formación y actualización constante de los profesionales, la falta de comunicación entre los diferentes servicios, son algunos de los **factores que facilitan la ocurrencia de errores**:

“Yo puedo luchar contra una vesícula infectada, contra un cáncer de estómago, pero me cansa mentalmente luchar contra el sistema”.

Se proponen diversas formas de **prevenir o minimizar la ocurrencia de errores como la normatización, la conformación de comités, el trabajo grupal, el reporte de los errores**:

“Hay que adaptar las normas a nivel de lo local y que se cumplan”. “Las normas están pero algunos no las cumplen”.

“El trabajo en grupo ayuda a minimizar los errores”.

La cultura institucional es caracterizada a partir de **políticas que promuevan la recuperación de los errores como parte del aprendizaje y no como motivo de penalidad o castigo, y políticas que faciliten las vías de comunicación entre los profesionales y el personal jerárquico**:

“Comenzar a hablar del error es comenzar a hablar de un cambio de actitud previo que es esta posibilidad, este lugar de reflexionar”.

VIGILANCIA DEL ERROR

Revisar los métodos actualmente utilizados en todo el mundo para vigilar el error en el proceso de atención de las personas y desarrollar sistemas de información adaptados al contexto local.

Sistemas de reporte:

- **Voluntario u obligatorio:** Intentan descubrir los puntos vulnerables del sistema. Es anónimo y confidencial.

SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN

Contribuir a la elaboración e implementación de recomendaciones apropiadas para mejorar la seguridad en la atención.

- Identificación de los problemas (ACR)
- Priorización de los problemas de seguridad
- Selección de procesos críticos de la atención que contribuyan a incrementar los niveles de seguridad esperados.
- Implementación de GPC, prácticas estandarizadas, normas, etc.

DIFUSIÓN

www.errorenmedicina.anm.edu.ar

Difundir la información producida y las herramientas generadas a la comunidad de la salud a través de un canal de comunicación informático.

Áreas: Cultura, seguridad y vigilancia.

Contacto: Suscripción y libro de visitas.

Difusión: Actividades y boletín mensual.

Publicaciones: Ficha técnica y descarga de artículos.

Recursos: Herramientas disponibles.

Sitios de interés: Enlace con otros sitios recomendados.

The screenshot shows a web browser displaying a news article on the website. The article title is "Llamado de FECHA FERIA ATENCIÓN" and the author is "CATEGORÍA PARA EL APRENDIZAJE DE PARTES DEL CUERPO". The article text discusses the importance of attention in the medical field and mentions a meeting on November 10, 2009, at the National Institute of Health. The website interface includes a navigation menu, a search bar, and various sidebar widgets like "NUEVOS ARTÍCULOS" and "ACTIVIDADES".

www.errorenmedicina.anm.edu.ar

Reflexiones

La **caracterización y el análisis de la cultura** en las organizaciones debería preceder cualquier intervención que busque **prevenir los errores y mejorar la seguridad de los pacientes**.

La **triangulación de técnicas cuali-cuantitativas** son claves para el abordaje de la cultura. Los resultados de la aplicación de entrevistas, grupos focales y la encuesta permiten recomendar estos instrumentos.

Es necesario incluir esta problemática en la **agenda política** para favorecer el **cambio de una cultura punitiva a una cultura de la seguridad**.

Los agentes de salud requieren de mayor **capacitación** en la problemática de la seguridad institucional y de los errores.

Un **trabajo interdisciplinario** favorecería la construcción de modelos teóricos y prácticos locales que adapte y contextualice los modelos hegemónicos.

De acuerdo a una revisión sistemática de la evidencia producida en Argentina ésta es la primera experiencia que se comunica sobre el **abordaje de la cultura organizacional como etapa previa a la implementación de intervenciones para mitigar los errores**.

"Sólo si comprendemos el modo en que REACCIONAMOS y ACTUAMOS frente al error médico, podremos iniciar este camino hacia un nuevo paradigma".

"Sólo si conocemos nuestra realidad, podremos implementar las PRÁCTICAS MÁS SEGURAS que nos permitan mejorarla".