

Cultura de Seguridad

Dr. FABIÁN VÍTOLO. NOBLE Cía de Seguros

CÓRDOBA, MARZO 2018



















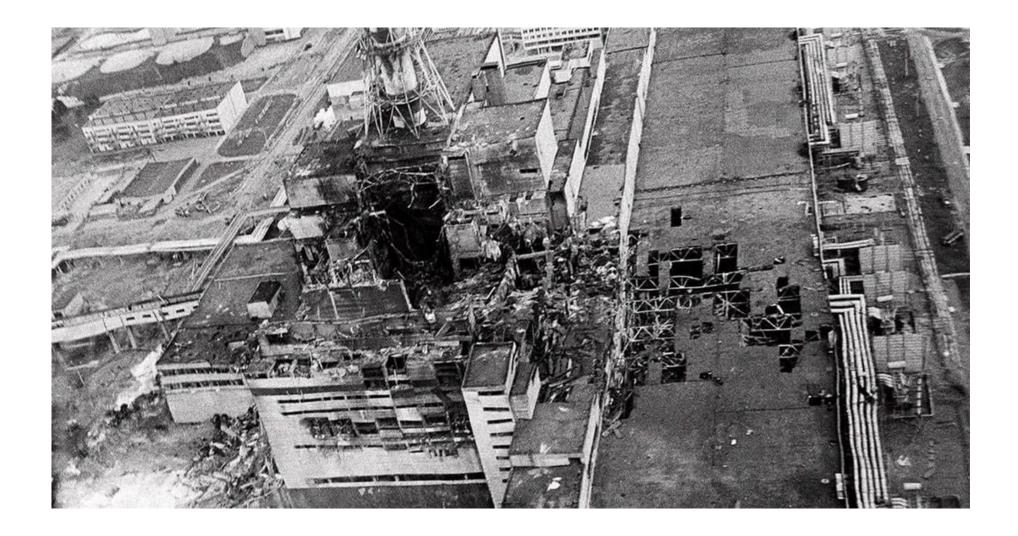






































Organizaciones Altamente Confiables (HRO)

- Preocupación por las fallas
- Compromiso por la resiliencia
- Sensibilidad a las operaciones
- Cultura de seguridad















Cultura de Seguridad

Patrón integrado de comportamientos individuales y de la organización, basados en creencias y valores compartidos, que busca reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia del proceso de prestación de atención

Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care. Glossary of terms related to patient and medication safety-approved terms. Council of Europe.2005

Disponible en http://www.bvs.org.ar/pdf/seguridadpaciente.pdf















Salud es el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad

MEJORA DE LA SEGURIDAD

Seguridad-I

Seguridad es la ausencia de riesgos inaceptables

Seguridad - II
ridad es la capacidad

Seguridad es la capacidad para mantener las operaciones requeridas, tanto bajo condiciones esperadas como inesperadas

Reducir el n° de resultados inaceptables (accidentes, incidentes, etc

Aumentar el n° de resultados favorables (trabajo de todos los días)





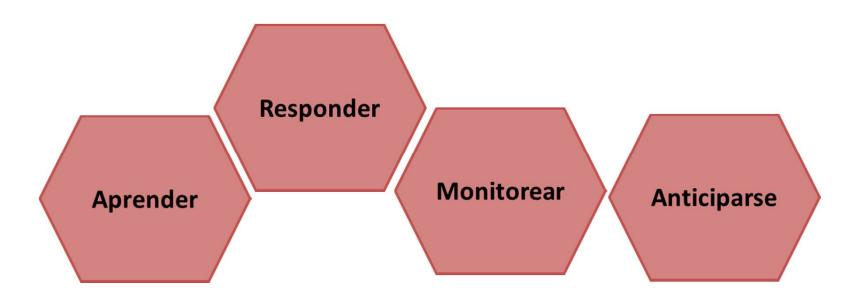








Gestión de la Seguridad-Resiliencia















Componentes clave de una cultura de seguridad

- El reconocimiento de que las actividades que realiza la organización son de alto riesgo
- Creencia compartida de que el actual nivel de daño a los pacientes es insostenible
- Un ambiente no punitivo
- Estímulo a la colaboración entre distintos rangos y disciplinas.
 Obligación de trabajar en equipo













Componentes clave de una cultura de seguridad

- La seguridad de los pacientes es valorada como la principal prioridad, aún a expensas de la producción o la eficiencia.
- 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.













Culturas organizacionales - Maduración

GENERADORA

"Estamos en esto todos juntos. La seguridad es parte de nuestra propia imagen"

Aceptación de responsabilidad

PROACTIVA

"Queremos estar a la vanguardia en seguridad. Avísennos cuando hayan terminado"

Delegar, especializar

CALCULADORA

"Calculamos la probabilidad en base a lo que salió mal la última vez"

Racional económica

REACTIVA

"Estamos PREOCUPADOS por la seguridad" (pero no hacemos nada!)

Contradicción Gerencial

PATOLOGICA

"Mientras no tengamos problemas con los reguladores/financiadores y no tengamos accidentes serios ¿A quién le importa?

"Siga,siga"













Los cinco elementos (Reason, 1998)



- 1. Una cultura de la información
- 2. Una cultura del reporte
- 3. Una cultura del aprendizaje
- 4. Una cultura flexible
- 5. Una cultura justa

Reason J. Achieving a safety culture. Theory and practice. Work & Stress, 1998. Vol 12 N°3 298-306













Las organizaciones con cultura de seguridad aprenden













Aprendizaje Organizacional

"Proceso de mejora de la la eficiencia y efectividad de la organización a través del conocimiento y la comprensión compartida, lo cual es un fenómeno a nivel sistémico que permanecerá en la organización más allá de cambios en los equipos de salud o en sus miembros"





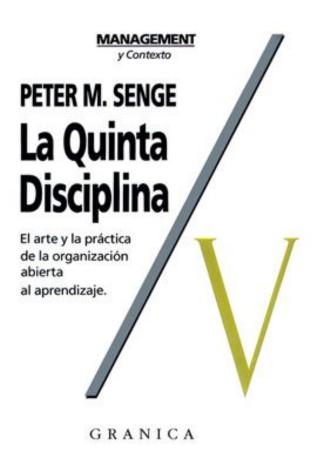








Peter Senge, 2006: "La quinta disciplina"



- 1. Dominio personal
- 2. Modelos mentales
- 3. Visión compartida
- 4. Aprendizaje en equipo
- 5. Pensamiento sistémico













Encuestas de Clima de Seguridad

El primer paso en cualquier proyecto de seguridad hospitalaria es medir el actual clima de seguridad mediante encuestas

Piense en su servicio/ unidad/ área de trabajo de su centro	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad.			□ ₃	□₄	□ ₅
Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.			□3	□₄	□₅
Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.			□ ₃	□₄	□₅
En esta unidad, el personal se trata con respeto.			□ ₃	□₄	
El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.			□3	□₄	
Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.			□3	□₄	□₅
7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.				□₄	□₅
8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.				□₄	
Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.				□₄	
10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.				□₄	
Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.			□3	□₄	
12. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.				□₄	
Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.			□3	□₄	
14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.			□3	□₄	□₅
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.				□₄	
16. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.			□3	□₄	

Foro Latinoamericano Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud

Encuesta a personal médico y de enfermería del sistema nacional de salud sobre la cultura de seguridad del paciente.

Adaptada de: Hospital Survey on Patient Safety Culture. www.ahrq.gov (Financiado por el FIS: 08/1875) Página 2 de 6













¿Qué muestran las encuestas?

- La cultura de seguridad es un fenómeno mayormente local
- La cultura de seguridad varía marcadamente entre distintos tipos de prestadores
- La cultura de seguridad es percibida de manera diferente entre el personal clínico y la administración













Barreras Culturales













10 Barreras Culturales

- 1. Falta de liderazgo y compromiso de los dirigentes
- 2. Privilegio de la productividad por sobre la seguridad
- 3. Resistencia a atacar los problemas de fondo
- 4. Resistencia a invertir tiempo y dinero
- 5. Escepticismo
- 6. Individualismo
- 7. Discrecionalidad
- 8. Temor
- 9. Tolerancia
- 10. Falta de consenso















Las organizaciones con cultura de seguridad son justas













12 de Octubre de 1997



Lucian Leape MD. Harvard School of Public Health



"El mayor impedimento para avanzar en la prevención de errores es que castigamos a la gente por equivocarse"













Error in Medicine

Lucian L. Leape, MD

JAMA, December 21, 1994-Vol 272, No. 23

FOR YEARS, medical and nursing students have been taught Florence Nightingale's dictum—first, do no harm.¹ Yet evidence from a number of sources, reported over several decades, indicates that a substantial number of patients suffer treatment-caused injuries while in the hospital.²8

In 1964 Schimmal reported that sam

of omission or commission) or one that does not achieve its intended outcome. Indeed, injuries are but the "tip of the iceberg" of the problem of errors, since most errors do not result in patient injury. For example, medication errors occur in 2% to 14% of patients admitted to hospitals, ⁹⁻¹² but most do not result in

WHY IS THE ERROR RATE IN THE PRACTICE OF MEDICINE SO HIGH?

Physicians, nurses, and pharmacists are trained to be careful and to function at a high level of proficiency. Indeed, they probably are among the most careful professionals in our society. It is cu-

"Los errores producidos por gente incompetente representan, a lo sumo, un 1% del problema. En el 99% de los casos se trata de buena gente tratando de hacer bien su trabajo y que comete errores simples . Son en general los procesos los que los predisponen a cometer estos errores"



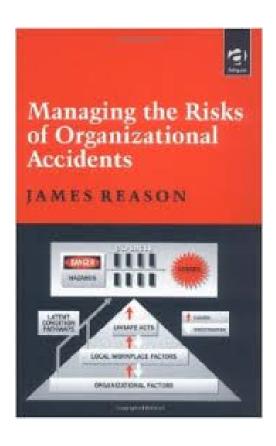












Una «cultura sin culpa» no es factible ni deseable. Lo que se necesita es una "cultura justa"













Modelo de Cultura Justa

ERROR HUMANO

Producto del diseño de nuestro actual sistema y de conductas individuales

Cambios en:

- Procesos
- Capacitación
 - Ambiento
 - Diseño
- Olvido para administrar un tratamiento
- •Error de medicación único

CONDUCTA RIESGOSA

El riesgo se creyó insignificante o justificado

- •Remoción de incentivos para conductas riesgosas
- Crear incentivos para conducta segura
- •Aumento de conciencia de situación
- Documentación antedatada
- •Excederse en las atribuciones del puesto

CONDUCTA TEMERARIA

Desprecio consciente de riesgos sustanciales e injustificables

- Acciones punitivas
- Acciones de remedio
- Enfermera no interviene porque no es su cama
- •El anestesista se retira del quirófano
- •Abandono de guardia
- •Error de medicación consciente sin decir nada a nadie

CONSOLAR



CAPACITAR









SANCIONAR



Las organizaciones con cultura de seguridad son transparentes





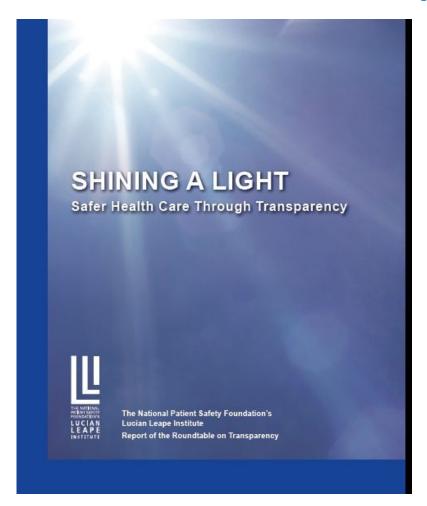








Transparencia



- Un valor que debe estar presente en todo lo que hacemos
- La característica más importante de una cultura de seguridad
- Una precondición para la seguridad

The National Patient Safety Foundation Lucian Leape Institute, 2015













Transparencia con los pacientes y sus familias

- Identificación de quién los está atendiendo y del plan de cuidados
- Información clara, precisa y adecuada para la toma de decisiones compartidas
- Conflictos de intereses
- Revelación de eventos adversos (disclosure)









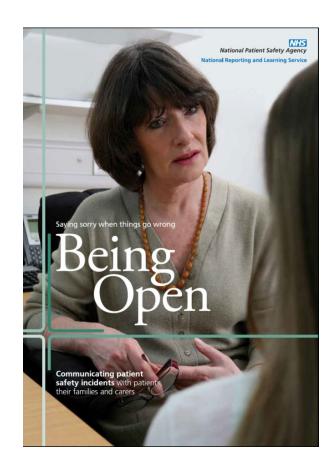




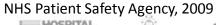


Transparencia con los pacientes y sus familias ante eventos adversos















Transparencia entre colegas y servicios de la misma institución

Objetivo	Meta	GLOBAL	Internación Gral	Maternidad	ua	uco	Neo	Emergencias	Quirófano
Identificar correctamente a los pacientes (Tasa de identificación)	80%	83,3	98,8	98,5	71,3	81,3	93,0	54,2	98,1
Reducir el riesgo de daño al paciente causado por caidas (Tasa de caidas)	< 5/1000 dias pte	1,2	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria (Tasa de adherencia a la higiene de manos)	40%	50,5	46	No aplica	53	59	76	26	53
Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo (Tasa de adherencia al correcto almacenamiento de electrolitos)	80%	85,6	80,8	83,1	99,7	81,6	97,6	100,0	No aplica
Garantizar la cirugia en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto (Tasa de Time out)	70%	90,0	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	90,0
Garantizar la cirugia en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto (Tasa de Marcado quinirgico)	70%	63,9	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	63,9













Transparencia entre organizaciones





PROGRAMA DE INDICADORES DE CALIDAD
PARA LA ATENCION MEDICA

Programa Nacional de Epidemiología y
Control de Infecciones Hospitalarias (VIHDA)
República Argentina
Ministerio de





residencia de la Nación



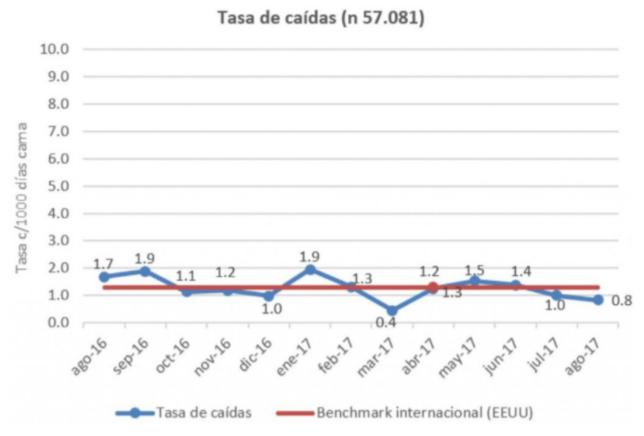


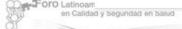




Transparencia con el público en general

Tasa de Caídas de pacientes del Hospital Austral. Obtenida libremente de su pagina web















Las organizaciones con cultura de seguridad cuidan a su gente





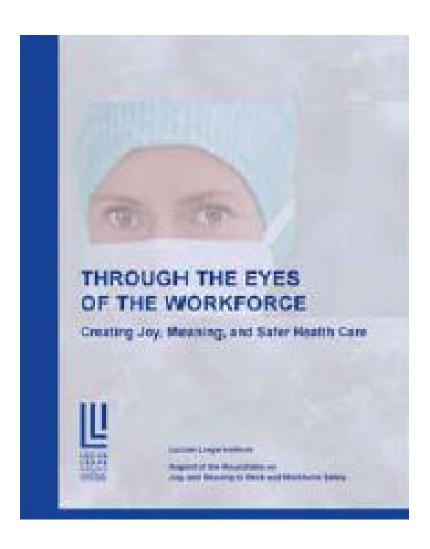








- Accidentes punzocortantes
- Lesiones músculo esqueléticas
- Enfermedades profesionales
- Radiación
- Exposición a químicos
- Daño psicológico
- Depresión
- Adicciones
- Violencia externa

















WHITE PAPER



IHI Framework for Improving Joy in Work



AN IHI RESOURCE

20 University Road, Cambridge, MA 02138 + ihi.org

How to Cite This Paper: Perlo J, Balik B, Swensen S, Kabomell A, Landsman J, Feeley D. IHI Framework for Improving Joyin Work IHI White Paper. Cambridge, Mussachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2017. (Available at this erg)

Marco del IHI para mejorar la alegría en el trabajo (2017)













Los 8 pasos para el cambio cultural



