

# Seguridad del paciente

SECCIÓN A CARGO DEL COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE HNRG<sup>a</sup>

## IMPORTANCIA DE LOS FACTORES HUMANOS EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN ORGANIZACIONES DE SALUD Y EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

CECILIA CANTON<sup>b</sup>

El enfoque de los factores humanos en calidad de atención y seguridad del paciente se centra en la relación que existe entre los seres humanos y los sistemas con los que interactúan para mejorar la eficiencia, la productividad, la satisfacción en el trabajo y minimizar los errores.<sup>1</sup>

Según la definición del organismo regulador de la seguridad industrial de Reino Unido, “Los factores humanos hacen referencia a los componentes ambientales, organizativos y laborales, como así también a las características humanas e individuales que influyen sobre el comportamiento de las personas en el trabajo [...] Una forma sencilla de ver los factores humanos es pensar en tres aspectos: el trabajo, el individuo y la organización, y analizar luego cómo influyen estos aspectos sobre las personas y su comportamiento.”<sup>2</sup>

### Importancia de los factores humanos.

Si bien la incorporación de las perspectivas de los factores humanos en el campo de la salud es reciente, en las últimas décadas crece la preocupación por su inclusión en el abordaje de la calidad de atención y la seguridad del paciente. En el informe del Instituto de Medicina de los Estados

Unidos “Errar es humano” de 1999 se señaló la necesidad de mejorar el trabajo en equipo y estandarizar los procedimientos, dado que la mayoría de los errores no son el resultado de acciones individuales sino de fallas a nivel de los equipos humanos, los sistemas y los procesos.<sup>3</sup> La revisión de Cooper y colaboradores de 2002 sobre incidentes críticos en anestesia reportó que los factores humanos contribuyeron en el 82 % de los 359 incidentes analizados.<sup>4</sup> En pediatría, el estudio sobre muerte neonatal y discapacidad severa realizado por la Joint Commission reveló que los problemas de comunicación entre los profesionales dentro de los equipos de trabajo encabezaron la lista de causas identificadas (72 %). Además, en más de la mitad de las organizaciones analizadas (55 %), la cultura organizacional representó una barrera para la comunicación efectiva y el trabajo en equipo.<sup>5</sup> En nuestro país, Fariña y colaboradores realizaron un análisis causa raíz sobre mortalidad neonatal donde examinaron los contextos en los que ocurren las muertes neonatales e identificaron los factores asociados a ellas con el fin de prevenirlas. En su informe, señalaron que la dimensión relaciona-

a. LIC. MIRIAM AGUIRRE, BQCA. SANDRA AYUSO, DRA. CLAUDIA BERRONDO, DRA. MÓNICA GAREA, FCA. JULIA GRUNBAUM, DR. WALTER JOAQUÍN, DRA. IN JA KO, FCA. MARÍA ANA MEZZENZANI, LORENA NAVARRO, DRA. ANA NIEVA, LIC. SILVIA RAUCH, DRA. SILVANA SALERNO, DR. FABIÁN SALGUEIRO, DRA. ÁNGELA SARDELLA, LIC. LORENA TORREIRO, FCA. MARÍA GUTIÉRREZ, ADM. LORENA NAVARRO, DRA. MARÍA VERÓNICA TORRES CERINO, DRA. MARÍA ROSA GONZÁLEZ NEGRI.

Contacto: calidadyseguridadguti@gmail.com

b. Médica neonatóloga de guardia, HNRG.



da con los factores humanos fue la más frecuentemente reconocida como deficitaria y relacionada con el evento muerte (59 %), seguida por la dimensión institucional u organizacional (48 %). En forma global, el 80 % de los procesos subyacentes, que podrían haber estado vinculados a las muertes, correspondió a problemas con el número y la capacitación del personal, la falta de control de las infecciones intrahospitalarias, la experiencia, la comunicación, la coordinación de la atención y la supervisión del personal.<sup>6</sup>

A pesar de lo planteado en estos y otros informes, las revisiones sistemáticas que exploran la relación entre la cultura de seguridad y los resultados en los pacientes muestran que los trabajos de investigación en el área todavía son escasos.<sup>7</sup> Según Vítolo, la formación en factores humanos y salud es pobre tanto en las currículas de grado como de posgrado, por lo que el estudio de estos temas queda limitado a especialistas en calidad, seguridad y gestión. Señala, además, la importancia del conocimiento de esta disciplina por todo el personal sanitario.<sup>8</sup> En sus palabras, “(los profesionales de la salud) son conscientes de su enorme responsabilidad. Instarlos a «esforzarse más» o a «tener más cuidado» no los protegerá contra errores. Asimismo, los intentos para mejorar la atención únicamente a través de la capacitación sólo conducirán, en el mejor de los casos, a progresos menores y fugaces. La medicina actual es muy compleja [...] Si realmente queremos avanzar en la prevención y reducción del daño a los pacientes, el entorno de atención médica debe diseñarse teniendo en cuenta las capacidades y limitaciones humanas.”<sup>8</sup>

### **FACTORES HUMANOS, UN MARCO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN**

Los factores humanos atraviesan todos los aspectos de una atención segura, confiable y eficaz. Es así como el marco propuesto para las organizaciones altamente confiables comprende dos dominios fundamentales, la cultura y el sistema de aprendizaje, junto con nueve componentes interrelacionados: liderazgo, seguridad psicológica, responsabilidad, trabajo en equipo y comunicación, negociación, transparencia, confiabilidad, mejora y medición, y aprendizaje continuo.<sup>9</sup>

Dentro de lo concerniente a la seguridad del paciente, vale aclarar que el término “factores humanos” puede generar confusión. No debe interpretarse que un evento adverso ocurre porque un

ser humano se equivoca. Por el contrario, el enfoque de la seguridad del paciente desde los factores humanos propone que los errores ocurren en el marco de sistemas socio-técnicos complejos. Si un evento adverso sucede es porque, al momento de diseñar el sistema, no se consideraron en profundidad aspectos cognitivos de conducta que evitaran las circunstancias que condujeron al error.<sup>8,10</sup> Esta equivocación en la interpretación de los factores humanos en la seguridad del paciente también puede conducir a culpar o responsabilizar a los individuos involucrados en un evento adverso, situación que no solo es perjudicial para las personas comprometidas sino para toda la organización, porque genera que se oculten errores y se disminuyan las oportunidades de mejora en el futuro. Por esta razón, se debe trabajar en generar entornos donde exista seguridad psicológica y se propicie el reporte de eventos adversos.<sup>11</sup>

La seguridad psicológica se define como un clima en el que las personas se sienten cómodas al compartir sus preocupaciones y errores, sin vergüenza o miedo a ser humilladas, ignoradas o culpadas. No solo contribuye con la seguridad del paciente, al favorecer el reporte de eventos adversos, sino que también es importante para el rendimiento de los equipos. Cuando las personas reprimen sus intenciones de decir algo por miedo a ser juzgados negativamente, se pierden la oportunidad de proponer nuevas ideas. Es saludable para los individuos y la organización generar ambientes laborales donde los integrantes de los equipos se sientan seguros para contribuir con su pensamiento crítico, propuestas de mejora o innovación. Existe una relación directa entre la seguridad psicológica y el alto rendimiento.<sup>11</sup>

Por otro lado, desde la perspectiva de los factores humanos, las actividades tendientes a mejorar la calidad de atención y la seguridad de los pacientes deberían también mejorar el bienestar del personal de salud, logrando una mayor motivación y satisfacción.<sup>12</sup> El mayor activo de las organizaciones de salud son las personas que trabajan en ellas. Para que estas organizaciones brinden cuidados seguros, sostenibles y centrados en el paciente deben contar con equipos saludables y comprometidos que gocen de bienestar físico y mental. Cuando la salud y el bienestar de los miembros del equipo se descuidan, no solo las personas, sus familias y amigos soportan las consecuencias, también se perjudican los pacientes que cuidan, sus colegas y las organizaciones en

las que trabajan. Por el contrario, la buena salud, el bienestar y el compromiso del personal pueden cosechar beneficios significativos tanto para pacientes como para profesionales.<sup>12</sup>

### **IMPLEMENTACIÓN DE LOS FACTORES HUMANOS EN LOS SISTEMAS DE SALUD**

Se resumen los principales puntos de la guía práctica para la implementación de los factores humanos en el cuidado de la salud del grupo de trabajo del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido.<sup>13</sup>

### **GESTIÓN ORGANIZACIONAL Y FACTORES HUMANOS**

Se debe desarrollar una cultura de seguridad positiva, crear organizaciones donde informar y aprender de los errores sea la norma. Para el logro de este objetivo, se ha demostrado que el compromiso de los sectores de dirección y gestión es fundamental.

La promoción de una cultura abierta para reflexionar sobre incidentes relacionados con la seguridad del paciente con comodidad tanto entre pares como con superiores jerárquicos, requiere que las personas sean tratadas de manera justa, con empatía y consideración cuando han estado involucradas en un incidente de seguridad del paciente o han planteado un problema relacionado con el mismo. Para sortear las barreras al reporte, el personal no debe ser culpado ni castigado cuando informa incidentes. Por el contrario, el proceso de presentación de informes debe ser sencillo y quien informa debe recibir comentarios constructivos como respuesta.

De esta forma, la organización se compromete a aprender sobre su experiencia en seguridad, comunica este aprendizaje y lo recuerda en el tiempo, adquiriendo la capacidad de identificar y mitigar incidentes futuros.

Incorporación de las miradas de los factores humanos para que los cuidados sean más seguros.

El primer paso es aceptar que todos cometemos errores u olvidamos cosas independientemente de nuestra experiencia, habilidad técnica o antigüedad. El estrés, debido a factores personales o a la alta presión ejercida por la carga de trabajo, puede resultar en una falta de enfoque o en una concentración desmedida en los detalles perdiendo de vista el contexto más amplio. Es conveniente, por ejemplo, antes de administrar o indicar un medicamento (infusión de inotrópicos en una uni-

dad de cuidados intensivos) o después de tomar una decisión importante, preguntarse a sí mismo o a un colega si se ha procedido bien. La mayoría de las personas en algún momento sobreestiman sus habilidades o subestiman sus limitaciones. Esto puede ser en términos de habilidad técnica, capacidad física o habilidad para manejar una carga de trabajo particular o un número de tareas. No se debe tener vergüenza y se debe escuchar las opiniones de los demás sobre lo que perciben. Es bueno buscar regularmente retroalimentación constructiva y animar a otros a dialogar al respecto de si sienten que en algo se está procediendo mal, involucrando a todo el equipo tanto profesional como subalternos.

En relación con el trabajo en equipo, se reconoce que la mayor parte del personal del sector sanitario realiza su tarea de forma competente. Sin embargo, como se menciona en el inicio de este artículo, los factores humanos involucrados en cómo funcionan y se comunican los equipos pueden dar lugar a incidentes de seguridad del paciente. Las culturas jerárquicas y piramidales que desalientan a los miembros del equipo a decir lo que piensan, así como el estrés y el distrés moral que generan, pueden contribuir a la pobreza en los resultados. Cuando los miembros del equipo sienten que no pueden hablar y ser escuchados, más aún cuando se está frente a una situación que no es segura, existe un mayor riesgo de daño para el paciente.

En las últimas décadas crece el reconocimiento de que el entrenamiento y la formación en herramientas dirigidas a mejorar las habilidades no técnicas en los entornos laborales pueden tener un efecto positivo en la seguridad del paciente. Entre estas herramientas, se mencionan, briefing y debriefing, la lista de verificación de seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la herramienta de comunicación SBAR (del inglés Situation, Background, Assessment, Recommendation; situación, contexto y antecedentes, evaluación, recomendación).

Se recomienda también, familiarizarse con los escenarios probables de emergencia y el aprendizaje por simulación. La simulación es muy eficaz para crear conocimientos y respuestas a situaciones en las que la presión puede afectar la capacidad de una persona para pensar claramente.

También es recomendable evitar la dependencia de la vigilancia y la memoria. Las listas de verificación (actualizadas y revisadas periódicamente)



o recordatorios permanentes visibles son herramientas útiles en este sentido.

En relación con el entorno, también es bueno disminuir las distracciones como los niveles altos de ruido periférico o las interrupciones en momentos donde se requiere concentración. Se alcanzan mejores resultados con menor riesgo de error cuando el espacio físico de trabajo está ordenado y bien iluminado. El etiquetado también es útil. No solo es más rápido y fácil para encontrar lo que se necesita, sino que es de particular valor en situaciones de emergencia y también para quienes no están familiarizados con el área (rotantes o residentes nuevos). Se debe prestar atención al almacenamiento de productos (medicación) y anticiparse a los errores, por ejemplo, con la diferenciación de productos con embalajes similares, nombres o sonidos parecidos que puedan llevar a accidentes por usar el producto equivocado.

## CONCLUSIÓN

La jerarquización de los factores humanos en la calidad de atención es indispensable para una atención segura, confiable, eficaz y centrada en los pacientes y sus familias. El desafío se encuentra no solo en la adquisición de nuevos conocimientos, sino en la transformación cultural que permita la incorporación de nuevas perspectivas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. World Health Organization. Patient Safety Curriculum Guide. Topic 2: What is human factors and why is it important to patient safety. 2011 [Consulta: el 27 de agosto de 2021] Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who\\_mc\\_topic-2.pdf](https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who_mc_topic-2.pdf)
2. HSE. Health and Safety Executive. UK (1999) Reducing Error and Influencing Behaviour. HSG48, London: HSE books [Consulta: el 10 de septiembre de 2021] Disponible en: <https://www.hse.gov.uk/pubns/priced/hsg48.pdf>
3. IOM. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
4. Cooper JB, Newbower RS, Long CD, McPeck B. Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors. *Qual Saf Hlth Care*. 2002; 11(3):277-282.
5. The Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Preventing infant death and injury during delivery. Sentinel Event Alert. 2004; 30:1-3. [Consulta: el 27 de agosto de 2021] Disponible en: [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea\\_30.pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_30.pdf)
6. Fariña D, Rodríguez S, González C, et al. Análisis causa raíz de los factores vinculados a la muerte de recién nacidos internados en maternidades públicas de la Argentina. *Rev Argent Salud Pública* 2010; 1(3):13-17.
7. The Health Foundation. Does improving safety culture affect patient outcomes? Whether improving safety culture has an impact on patient and staff outcomes. 2011 [Consulta: el 27 de agosto de 2021] Disponible en: <https://www.health.org.uk/publications/does-improving-safety-culture-affect-patient-outcomes>
8. Vitolo F. Factores humanos y seguridad del paciente. Biblioteca virtual Noble. 2021 [Consulta: el 27 de agosto de 2021] Disponible en: <http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/February2021/7LHoavnxbUqunJZhLEp.pdf>
9. Frankel A, Haraden C, Federico F, Lenoci-Edwards J. A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care. White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare; 2017. [Consulta: el 27 de agosto de 2021] Disponible en: <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Framework-Safe-Reliable-Effective-Care.aspx>
10. Erazo A. Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud. *Rev Panam Salud Pública* 2015; 38(3):248-53.
11. Edmondson A. The fearless organization. Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth. Wiley. Harvard Business School. 2019.
12. Royal College of Physicians (RCP). Work and well-being in the NHS: why staff health matters to patient care. 2015 [Consulta: el 27 de agosto de 2021] Disponible en: <https://www.rcplondon.ac.uk/file/2025/download>
13. Carthey J. Implementing Human Factors in Healthcare. How to guide from Patient Safety First - NHS Network. 2009. Volumen 1. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B4dbLgB56hptZDFROU14dHdJRjg/view?resourcekey=0-ppBiW9WtOaG1qKztA0daZw>.