Rev Calid Asist. 2016;31(3):173–176

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis

ARTÍCULO ESPECIAL

¿Se necesita un esfuerzo para reemplazar la cultura punitiva por la de seguridad del paciente?

S.R. Gutiérrez Ubeda

Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Managua, Nicaragua

Recibido el 2 de julio de 2015; aceptado el 16 de septiembre de 2015
Disponible en Internet el 18 de diciembre de 2015

PALABRAS CLAVE
Cultura organizacional;
Sanción;
Cultura de seguridad;
Seguridad del paciente

Resumen Los esfuerzos dirigidos a introducir la cultura de seguridad han florecido en un número cada vez más creciente de organizaciones de salud. Sin embargo, muchos de estos esfuerzos han sido incompletos en cuanto a manejar la resistencia al cambio que ofrece la cultura punitiva actual que predomina en organizaciones de salud. Este artículo es una reflexión para incrementar la conciencia sobre 3 razones de porqué se necesita un esfuerzo para cambiar la cultura punitiva antes de introducir la cultura de seguridad. La primera razón es que para cambiar la cultura primero se necesita investigarla y entenderla. La segunda razón es que la cultura es un constructo complejo, bien arraigado en las organizaciones y sus contextos, por tanto difícil de cambiar. La tercera razón es que la cultura punitiva tiene incompatibilidad con algunos componentes de la cultura de seguridad, y mientras esta no se elimine hay grandes posibilidades de que siga activa y dominante sobre la cultura de seguridad. Estas razones sugieren que, a menos que se planifiquen y ejecuten intervenciones efectivas para lograr el reemplazo de la cultura punitiva por la cultura de seguridad, se corre el riesgo de que la cultura punitiva siga prevaleciendo.
© 2015 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS
Organisational culture;
Punishment;
Safety culture;
Patient safety

Is an effort needed in order to replace the punitive culture for the sake of patient safety?

Abstract Efforts to introduce a safety culture have flourished in a growing number of health care organisations. However, many of these organisational efforts have been incomplete with respect to the manner on how to address the resistance to change offered by the prevailing punitive culture of healthcare organisations. The present article is intended to increase the awareness on three reasons of why an effort is needed to change the punitive culture before introducing the patient safety culture. The first reason is that the culture needs to be investigated and understood. The second reason is that culture is a complex construct, deeply embedded in organisations and their contexts, and thus difficult to change. The third reason

Correo electrónico: sergioramon74@yahoo.com

http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.09.007
1134-282X/© 2015 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

is that punitive culture is not compatible with some components of safety culture, thus without removing it there are great possibilities that it would continue to be active and dominant over safety culture. These reasons suggest that, unless planning and executing effective interventions towards replacing punitive culture with safety culture, there is the risk that punitive culture would still prevail.
© 2015 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

La cultura de seguridad se convirtió en un tema de interés internacional después de que la investigación del desastre de Chernobil identificó una cultura pobre de seguridad como un factor causal de tal desastre[1]. Desde ese entonces no solo el interés ha crecido, sino también la convicción de que cuanto más fuerte es la cultura de seguridad de una organización, mejores serán los resultados de seguridad. Esta convicción ha crecido hasta tal punto de que ahora la cultura de seguridad se considera una meta gerencial permanente en las organizaciones ultraseguras[2]. «La cultura de seguridad de una organización es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias, y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso a, y el estilo y pericia de, una gestión de la salud y la seguridad de una organización. Organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por comunicación fundada en confianza mutua, percepciones compartidas de la importancia de la seguridad, y por confianza en la eficacia de medidas preventivas»[1].

En la industria de servicios de salud la importancia de la cultura de seguridad fue resaltada más recientemente con reportes como *Errar es humano* y *Organización con memoria*[3]. El resultado ha sido que los esfuerzos dirigidos a introducir la cultura de seguridad han florecido en un número cada vez más creciente de organizaciones de salud alrededor del mundo.

Sin embargo, parece ser que muchos de estos esfuerzos organizacionales han sido incompletos o insuficientes en cuanto a manejar la resistencia al cambio que ofrece su cultura organizacional actual. Por ejemplo, mientras es fácil encontrar reportes de intervenciones sobre cómo las organizaciones de salud están promoviendo la cultura de seguridad del paciente[4], encontrar los reportes que muestran cómo se está atacando las culturas punitivas no es fácil. Cuando se introduce una innovación, incluyendo la cultura de seguridad, es importante manejar no solo el proceso de enseñanza y adopción de la innovación, sino también la resistencia individual y grupal a dicha innovación que genera la cultura que se quiere cambiar[5].

Como en el caso de la industria de servicios de salud es reconocido que la cultura actual que predomina es la cultura punitiva, y considerando que este tipo de cultura se reconoce como el impedimento más importante para establecer una cultura de seguridad[6], es importante prestar especial atención a este tipo de cultura. Una cultura punitiva es «un conjunto de normas y actitudes dentro de una organización caracterizada por la falta de voluntad de tomar riesgos o aceptar responsabilidad por errores debido al temor a ser criticados o amonestados por la gerencia. Esta cultura cultiva la desconfianza y el temor, y las personas se culpan unos a otros para evitar ser sancionados o reprimidos, resultando en no generación de nuevas ideas o iniciativas personales porque las personas no quieren arriesgarse a estar equivocados»[7].

Este artículo es una reflexión para incrementar la conciencia sobre 3 razones de porqué se necesita un esfuerzo para cambiar la cultura punitiva antes de introducir la cultura de seguridad del paciente.

La primera razón es que para cambiar la cultura primero se necesita investigarla y entenderla[5], ya que las culturas, incluyendo la cultura punitiva, no son libros abiertos listos para ser aprendidos. Además, a menudo las organizaciones de salud no cuentan con la capacidad ni los recursos para investigar sus propias culturas. De acuerdo al modelo cultural de Schein[5] las culturas tienen 3 niveles. El primer nivel más superficial, los «artefactos» culturales, son los aspectos visibles en una organización. El segundo nivel son las creencias y valores. El tercer nivel más profundo son los supuestos básicos. Las creencias, valores y los supuestos básicos son generalmente invisibles y requieren investigación para revelarlos, investigación que dará mejores resultados al combinar métodos cualitativos y cuantitativos[5]. Algunos de estos métodos ya cuentan con instrumentos útiles para estudiar culturas de seguridad en organizaciones de salud[4].

La segunda razón es que la cultura es un constructo complejo bien arraigado en las organizaciones y sus contextos, por tanto difícil de cambiar[7], y la cultura punitiva no es la excepción. Con el tiempo la cultura punitiva se ha ido arraigando a más y más elementos dentro y fuera de las organizaciones de salud. Entre estos elementos, dentro de las organizaciones, se encuentran la psicología de las personas[8], los reglamentos, las normas, protocolos y las prácticas gerenciales y académicas como las auditorías médicas y los estudios de caso de morbimortalidad. Fuera de las organizaciones de salud las culturas punitivas organizacionales han tenido un rol en influir en las creencias y expectativas de la sociedad, inclusive sus leyes. La sociedad ha aprendido a esperar el uso de sanciones en caso de que se observen incumplimientos de los estándares organizacionales (por ejemplo las guías clínicas de atención a pacientes), aun si dichos incumplimientos son debidos a errores humanos o fallos en los sistemas de salud.

Esta causalidad multifactorial organizacional y extraorganizacional en el origen de la cultura punitiva hace que se requieran múltiples intervenciones para lograr su cambio, intervenciones que pueden ser complejas de diseñar e implementar. Un ejemplo de intervención compleja es aquella dirigida a cambiar los supuestos básicos de grupos de personas como los trabajadores de la salud. Es fácil decir que queremos eliminar de la mentalidad de estos

grupos el supuesto básico «el ser humano/trabajador es por naturaleza malo» (supuesto que es característico de las culturas punitivas) y reemplazarlo por el supuesto opuesto «el ser humano/trabajador es por naturaleza bueno». Se sabe que cambiar supuestos básicos culturales no se consigue fácilmente[5].

Otro ejemplo de intervención compleja es el proceso que se requiere para cambiar la ley. En el caso que nos interesa en esta reflexión esto sería cambiar una ley punitiva, es decir, cambiar de una ley que mandara sancionar todo incumplimiento de estándares (por ejemplo normas y protocolos clínicos), independientemente de que hayan o no sido intencionales, a otra ley que no mandara tal cosa, y que más aún, mande consolar al personal de salud involucrado en los errores[9].

La tercera razón es que la cultura punitiva tiene incompatibilidad con algunos componentes de la cultura de seguridad del paciente, y mientras esta no se elimine hay grandes posibilidades de que siga activa y dominante sobre la cultura de seguridad. Esta incompatibilidad puede darse con múltiples componentes de la cultura de seguridad, incluyendo por ejemplo la cultura justa, cultura de reportar y la cultura de aprendizaje[8]; y con herramientas como la lluvia de ideas, el diagrama de Ishikawa y el análisis modal de fallos y efectos. Dicha incompatibilidad implica el riesgo de comprometer la aplicación correcta de estos componentes y herramientas; y como estos funcionan interaccionando entre sí como un todo armónico, si uno de estos falla, se pone en riesgo no solo la funcionalidad y efectividad individual de dichos elementos y herramientas, sino también la adopción en sí de toda la cultura de seguridad. Los siguientes 4 ejemplos ilustran con más detalle esta incompatibilidad.

Primero, la cultura punitiva contradice la cultura justa porque en la cultura punitiva las personas son algunas veces sancionadas en función de la existencia de errores que terminan en incumplimiento de estándares organizacionales y resultados negativos en el paciente y la institución, independientemente de que dichos errores hayan o no sido intencionados. En la cultura justa esto no ocurre así, por el contrario, primero se determina la culpabilidad moral relacionada con los incumplimientos y si se determina que no hubo culpa no se sanciona, en caso contrario siempre se sanciona; en ambos casos esto se hace independientemente de si hubo o no daño al paciente o la propiedad. Además en la cultura justa a aquellos que cometen errores involuntarios se les consuela[9].

Segundo, la cultura de reportar incidentes (incluyendo errores) puede reducirse o dejar de funcionar incluso solo por un caso en que se sancione a alguien como resultado de un reporte de error[10]. Es conocido que un factor clave para el éxito de los sistemas de reporte de incidentes de la cultura de seguridad es que estos no sean punitivos[10].

Tercero, el aprendizaje a partir de los errores en una cultura de seguridad puede ser limitado por la cultura punitiva a través de algunos de sus sesgos cognitivos como el «error fundamental de atribución», sesgo en el cual existe la tendencia a creer que las causas de los problemas son de naturaleza individual y no sistémica[8]. Por tanto, las causas raíces de los problemas no son investigadas creyendo que al sancionar a los trabajadores que se culpan por los errores se ha solucionado el problema. Es reconocido por expertos de calidad y seguridad que la gran mayoría[8] de los problemas de calidad tienen sus causas en debilidades en los sistemas, y solo una pequeña parte se deben a fallos por el carácter de los individuos.

El cuarto y último ejemplo se refiere a la distorsión que las culturas punitivas le pueden hacer a herramientas utilizadas para asegurar la calidad y seguridad, al usarse para propósitos punitivos y no de aprendizaje organizacional. En un ambiente punitivo la riqueza potencial de información sobre causas de problemas de calidad que pueden generar herramientas como la lluvia de ideas, el diagrama de Ishikawa y el análisis modal de fallos y efectos se ve limitada por el temor individual y grupal de que al revelar dichas causas serán culpabilizados y sancionados.

Tabla 1 Cuestionario sobre la cultura de seguridad de los pacientes en el hospital. Base de datos comparativa de los usuarios: 2007-2012 y 2014

Dimensión	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2014
Trabajo en equipo dentro de las áreas/unidades de trabajo	78	79	79	80	80	80	81
Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad por los pacientes	74	75	75	75	75	75	76
Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente	69	70	70	72	72	72	72
Aprendizaje organizativo-mejorías continuas	69	70	71	72	72	72	73
Percepciones generales de la seguridad del paciente	63	64	64	65	66	66	66
Comunicación e información sobre errores	62	62	63	63	64	64	67
Grado al que la comunicación es abierta	61	62	62	62	62	62	62
Frecuencia de incidentes reportados	59	60	60	62	63	63	66
Trabajo en equipo a través de las áreas/unidades del hospital	57	57	57	58	58	58	61
El personal	55	55	55	56	57	56	55
Entregas de turnos y transiciones en el hospital	45	45	44	44	45	45	47
Respuesta no punitiva al error	43	44	44	44	44	44	44

Promedio por dimensión del porcentaje de respuestas positivas (4).

Antes de finalizar esta reflexión se muestran datos (tabla 1) que sugieren que la cultura punitiva sigue prevaleciendo en muchas organizaciones de salud. Estos datos muestran el comportamiento de los promedios de respuestas positivas de los resultados anuales 2007-2012 y 2014 de las 12 dimensiones que mide la encuesta hospitalaria de seguridad del paciente de *la Agency for Healthcare Research and Quality* (Agencia para la Investigación y Calidad de la Salud o AHRQ)[4]. Estos resultados provienen de cientos de hospitales de los Estados Unidos de Norteamérica que cada año envían sus datos a la AHRQ. La AHRQ usa como punto de referencia para considerar una fortaleza en la seguridad del paciente aquella dimensión que obtiene al menos el 75% de respuestas positivas. En la tabla 1 se observa que solo 2 dimensiones («trabajo en equipo dentro de las áreas/unidades de trabajo» y «expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad por los pacientes») de las 12 que mide la encuesta han obtenido el 75% o más de respuestas positivas; resultados observados en la mayoría de los años reportados. Por otra parte, 2 dimensiones («entregas de turnos y transiciones en el hospital» y «respuesta no punitiva al error») de las 12 que mide esta encuesta han obtenido menos del 50% de respuestas positivas; resultados observados durante los 7 años reportados. Además la dimensión «respuesta no punitiva ante el error» ha obtenido los porcentajes más bajos por 5 de los 7 años reportados. Esta situación es alarmante, ya que este país es uno de los líderes en el mundo en cuanto a la promoción de una cultura de seguridad del paciente (tabla 1).

En resumen, la respuesta a la pregunta del título de esta reflexión es que, a menos que se planifiquen y ejecuten intervenciones efectivas para lograr el reemplazo de la cultura punitiva por la cultura de seguridad del paciente, se corre el riesgo de que la cultura punitiva siga prevaleciendo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Cox S, Flin R. Safety culture: Philosopher's stone or man of straw. Work Stress. 1998;12:189–201.
2. Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. Ann Intern Med. 2005;142:756–64.
3. Department of Health. An organization with a memory. London: Department of Health; 2000.
4. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture [sitio en Internet] [consultado 27 Jun 2015]. Disponible en: http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html
5. Schein EH. Organizational culture and leadership. 3.ª ed San Francisco, California: John Wiley & Sons; 2004.
6. Marx D. Patient safety and the just culture: A primer for health care executives. New York: Columbia University; 2001.
7. Khatri N, Brown GD, Hicks LL. From a blame culture to a just culture in health care. Health Care Manage Rev. 2009;34:312–22.
8. Reason JT. Managing the risks of organizational accidents. Burlington, Vermont: Ashgate; 1997.
9. Marx DA. Whack-a-mole: The price we pay for expecting perfection. Plano, Texas: By Your Side Studios; 2009.
10. Wu AW, Holzmueller CG, Lubomski LH, Thompson DA, Fahey M, Dorman T, et al. Development of the ICU safety reporting system. J Patient Saf. 2005;1:23–32.