



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



EDITORIAL

Liderazgo en la seguridad del paciente

Leadership in patient safety

P. Ruiz López^{a,*} e I. Carrasco González^b

^aUnidad de Calidad, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^bAgencia Laín Entralgo, Madrid, España

Recibido el 3 de noviembre de 2009; aceptado el 5 de noviembre de 2009

La mayoría de las organizaciones que trabajan en seguridad del paciente (SP) reconocen la necesidad de asumir un liderazgo adecuado para mejorar los resultados en este campo. Sin embargo, la implementación del liderazgo plantea diversas cuestiones clave que deben afrontarse antes de avanzar en el deseado objetivo de mejorar la cultura de la seguridad clínica en nuestras organizaciones. En este editorial presentamos nuestras reflexiones sobre algunas de estas preguntas.

¿Cuál es la situación actual en nuestros centros respecto al liderazgo en seguridad del paciente?

En un estudio reciente de ámbito nacional financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo¹ se ha evidenciado que únicamente el 26,4% de los profesionales de hospitales encuestados consideraba positivo el apoyo que prestaba la gerencia a la SP.

En este sentido, resulta obvio que la mayor parte de las instituciones sanitarias viven aún una cultura poco adecuada para desarrollar la SP. Persiste entre nuestros profesionales la vieja idea de la ocultación de los hechos por miedo y de culpabilidad de la persona que comete el error.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pruíz.hdoc@salud.madrid.org
(P. Ruiz López).

Todavía es común que los líderes no apoyen abiertamente la notificación y el análisis de los casos en los que se han observado errores con consecuencias graves para el paciente o que podrían haberse producido. Asimismo, tampoco es muy habitual que los líderes estimulen a los profesionales a monitorizar sus indicadores de complicaciones, a pesar de que disponemos de instrumentos que facilitan el acceso a esta información (conjunto mínimo básico de datos [CMBD] y ajuste al riesgo). No obstante, es justo considerar que existen iniciativas aisladas, sobre todo promovidas por mandos intermedios (jefes de servicio y supervisores de enfermería) así como del personal de base, que han permitido poner en funcionamiento prometedores sistemas de notificación de incidentes y programas de seguimiento de las complicaciones, así como el estudio de la mortalidad y el análisis de casos.

Otro aspecto importante es la insuficiente implantación de las herramientas para el diseño y el desarrollo de los procesos asistenciales. Con excepción de algunos protocolos, vías clínicas y procedimientos normalizados de trabajo, en general, no se dispone de una definición o una descripción explícita de estos procesos, y se deja abierta la puerta a la improvisación y a la percepción individual y, con ello, a la variabilidad no justificada de la práctica clínica. Además, se observa una tendencia demasiado extendida a la fragmentación de los procesos clínicos, no sólo entre Atención Especializada y Atención Primaria y entre los diferentes servicios que participan en la atención al paciente, sino incluso entre médicos, enfermeras y el resto de los profesionales. Es lógico pensar que la estructura

organizativa que aún tenemos en nuestros centros es una de las razones que facilita esta fragmentación del trabajo asistencial.

Otros inconvenientes importantes que limitan, en muchas ocasiones, el desarrollo de líneas de la SP son la falta de personal y de equipamiento (o equipos obsoletos). Es difícil mejorar esta seguridad mediante el esfuerzo activo de los profesionales cuando las necesidades básicas de estructura no están adecuadamente cubiertas. En ocasiones, convivimos entre la disponibilidad de la más alta tecnología y la carencia de algunas de estas necesidades básicas.

El desconocimiento sobre el tema de la SP por parte de políticos, gestores y profesionales también puede contribuir a esta falta de sensibilización. En ocasiones, es necesario un episodio histórico que promueva esta sensibilización, como el que se produjo entre la opinión pública y los profesionales de EE. UU. a raíz del informe “Error es humano”², en el que se ponía en evidencia el número importante de muertes debidas a errores médicos en el país, y se extrapolaban los datos reales disponibles de Nueva York y de Utah.

Quizás en nuestro medio aún falte más sensibilización frente a este problema. Los líderes deberían implicarse más en convencer a todos los profesionales de la enorme relevancia de los errores así como de las posibilidades de prevenirlos con una metodología adecuada.

Además, aunque en los últimos años se han aplicado buenas iniciativas de los políticos en este sentido, es preciso dar un paso más que incluya dentro de los objetivos institucionales de las organizaciones sanitarias los referentes de la seguridad clínica, al menos, con el mismo peso que los de actividad y rendimiento. El aforismo “*primum non nocere*” tiene que llegar de forma reflexiva y rigurosa a los 3 niveles de la gestión (macrogestión, mesogestión y microgestión) antes de que haya que implantarlo de forma apresurada ante las legítimas e ineludibles demandas de la sociedad.

Otras barreras para mejorar el aprendizaje en la SP son el enfoque excesivamente centrado en lo inmediato y lo superficial en vez de analizar las causas raíz con un enfoque sistémico, los sistemas de comunicación deficientes, las relaciones personales que tienden a perdonar y a disculpar los fallos de los miembros del equipo y actúan defendiéndose ante el resto de la organización, la tendencia que tenemos los profesionales a evitar aprender de lo negativo y los imperativos contradictorios, como la comunicación o la confidencialidad.

Es ampliamente reconocido que ciertas actitudes de los líderes, como la intimidación, la culpabilización y la falta de apoyo al *staff* tras la comisión de un error, pueden ser auténticamente tóxicas al causar la pérdida completa de la confianza y la cultura positiva sobre la SP. Desgraciadamente, estos comportamientos aún se producen más de lo deseable y en algunos casos pueden tener un efecto demoledor³⁻⁵.

Por tanto, la influencia de un óptimo liderazgo en la gestión de la SP es esencial. A este respecto, debe destacarse el hecho de que la Joint Commission ha calificado al liderazgo como una de las causas raíz del 50% de los sucesos centinela analizados en EE. UU.⁶

Se ha postulado que una de las iniciativas más relevantes para mejorar el trabajo en la SP es la creación de unidades funcionales de riesgos en los centros. En general, el

planteamiento de puesta en marcha de estas unidades ha surgido de los servicios centrales de las consejerías de salud de algunas comunidades autónomas de nuestro país. Desde esta perspectiva se han desarrollado interesantes líneas de trabajo, pero su efectividad y aplicabilidad general aún están por demostrarse. Lo que resulta incuestionable es que el papel de los directivos en estas unidades es crucial. Han de ser el vehículo para sensibilizar a las unidades clínicas, facilitar la información necesaria, promover el análisis de casos, respaldar activamente la comunicación y la consecución de los objetivos de la SP, así como apoyar las medidas de mejora que, en ocasiones, supondrán cambios organizativos y mayor dotación de personal, equipamiento y materiales.

¿Cómo se podría mejorar el liderazgo en la seguridad del paciente?

Tendríamos que comenzar por concienciar a los líderes de las organizaciones de que lo fundamental para garantizar la SP es la creación de una “cultura de seguridad” en los centros y del papel fundamental que ellos tienen para conseguirlo.

Al hablar de una cultura de seguridad debemos referirnos a una cultura abierta y justa que busca prevenir, analizar y corregir las causas de los errores y no centrarse en buscar al culpable. Para su desarrollo, el líder necesita crear un ambiente de confianza en el que los valores que predominen sean la responsabilidad personal, la ayuda y la colaboración entre los profesionales, el fomento de relaciones cordiales interpersonales, el trabajo en equipo, la creatividad, la confianza, la credibilidad, la consecución de retos y la “resiliencia” (término que se corresponde con el término *entereza* e implica poder sobreponerse a los contratiempos, y resulta incluso fortalecido por éstos)⁷.

El líder, por tanto, debe favorecer la creación de un entorno en el que la excelencia en la asistencia florezca y, para ello, debe fomentar una cultura que estimule la mejora continua y facilitar los medios para que se produzca. Una cultura en la que la calidad sea cosa de todos, no de los mejores o los peores, y en la que cuando sucede un efecto adverso lo importante sea no quién cometió el error, sino por qué se produjo y qué factores en la organización contribuyeron a crear las condiciones para que los errores se produjeran. Un entorno en el que la buena práctica sea la notificación de los incidentes y no la ocultación por temor a las consecuencias o a que se considere una deslealtad ante los compañeros, una cultura en la que se aprenda de los errores y se difundan las buenas prácticas y en la que la dirección sea capaz de tomar las medidas adecuadas para resolver los problemas y para evitar que se repitan al promover el *feedback* de lo realizado a todos los profesionales. El líder debe potenciar esta cultura, una vez creada, demostrar su compromiso por medio de su participación e implicación en actividades relacionadas con la SP y favorecer el desarrollo de un aprendizaje continuo en la organización como pilar principal de la cultura de seguridad.

Para conseguir este objetivo, el líder debe contar con la formación y la información adecuadas sobre la magnitud y la trascendencia del problema y sobre las posibilidades de actuación para prevenir, detectar y corregir los errores para garantizar la SP. Debe tener unas competencias especiales

que le permitan contribuir a la creación y al mantenimiento de una cultura de seguridad⁸. Diversos estudios han analizado estas características y entre ellas destacan el ser emocionalmente estables, amables y benevolentes, la capacidad de reconocer las limitaciones propias, lo que les hace ser más tolerantes ante el error ajeno, la integridad y la búsqueda de la justicia en sus actuaciones, la capacidad de delegar y de implicar a los profesionales en la toma de decisiones y la coherencia entre sus palabras y sus acciones. Entre las capacidades fundamentales que tienen que desarrollar para ser eficaces están la facilidad de comunicación, la capacidad de planificación, anticipación y prevención de situaciones y la de actuar siempre de acuerdo con principios de justicia y equidad⁹. Es responsabilidad del líder el desarrollarlas si se poseen y adquirirlas si se carece de ellas.

Reto pendiente

Las organizaciones sanitarias no han desarrollado aún la política del “0 defectos” como otros sectores, tales como la aviación, la energía nuclear, la química o la automoción^{7,10}, pero deben ir moviéndose en esa dirección. Los líderes modernos deben comenzar a aplicar las lecciones aprendidas de estos sectores para reducir los riesgos y fortalecer las defensas contra el daño prevenible en el paciente¹¹.

Bibliografía

1. Saturno PJ, Terol García E. Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del sistema nacional de salud. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
2. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, editores. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. To err is human: Building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 2000.
3. Denham CR. TRUST: The 5 Rights of the Second Victim. *J Patient Saf.* 2007;3:107–19.
4. Porto G, Lauve R. Disruptive clinical behavior: A persistent threat to patient safety. *Patient Safety and Quality Healthcare*, July/August 2006 [consultado 01/11/2009]. Disponible en: <http://www.psqh.com/julaug06/disruptive.html>.
5. Rosenstein AH. Nurse-physician relationships. Impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nurs.* 2002;102: 26–34.
6. The Joint Commission: Improving America’s hospitals: The Joint Commission’s Report on Quality and Safety 2007. Sentinel Event Root Cause and Trend Data section, pages 45–48 [consultado 01/11/2009]. Disponible en: http://www.jointcommissionreport.org/pdf/JC_2007_Annual_Report.pdf.
7. National Patient Safety Agency. Seven steps for patient safety. The full reference guide. NHS; 2004.
8. Strategies for leadership. Hospital executives and their role in patient safety. American Hospital Association; 2001.
9. Understanding performance difficulties in doctors. An NCAA (National Clinical Assessment Authority) report. NHS; 2004.
10. Leape LL, Berwick DM. Safe health care: Are we up to it? *BMJ.* 2000;320:610–725.
11. Leadership committed to safety. The Joint Commission. Alerta n.º 43, 27 de agosto de 2009 [consultado 01/11/2009]. Disponible en: http://www.jointcommission.org/JointCommission/Templates/GeneralInformation.aspx?NRMODE=Published&NRNODEGUID={30036473-E1F1-4F17-9B3E-5E1EE1574B91}&NRORIGINALURL=%2fSentinelEvents%2fSentinelEventAlert%2fsea_43.htm&NRCACHEHINT=Guest#1.