

CULTURA JUSTA

El equilibrio entre lo no punitivo y lo disciplinario

Dr. Fabián Vítole
Noble Compañía de Seguros

Una enfermera, en un día de mucho trabajo y con falta de algunas compañeras se equivoca en neonatología y, confundida por la maraña de guías, administra alimentación enteral por vía parenteral. El niño fallece. Se le inicia un sumario y se la despide. Pasado un tiempo, otra enfermera comete el mismo error en circunstancias similares, pero, afortunadamente, la vía se tapa y el incidente no tiene consecuencias. Luego de una reprimenda relativamente liviana, se le permite continuar con sus tareas habituales. ¿Cuál es el mensaje que está enviando la institución? ¿Tiene lógica? ¿Es consistente? ¿Es justo?

El 12 octubre de 1997, el Dr. Lucian Leape, cirujano del Children's de Boston y Profesor de la Escuela de Salud Pública de Harvard, atrapó la atención de un Subcomité del Congreso de los Estados Unidos al actualizarlos acerca del estado de los errores médicos en su país.(1) Los números eran impactantes: se estimaba que cerca de un millón de pacientes eran lesionados por año a causa de errores producidos durante su hospitalización, y que cerca de 120.000 pacientes morían por año en los Estados Unidos a consecuencia de estos errores (Luego el informe "Errar es Humano del IOM estimaría estas cifras entre 44.000 y 98.000 personas)

Leape reportó entonces que sólo el 2 al 3% de estos errores graves eran reportados a través de los sistemas de notificación de incidentes establecidos en las instituciones. Atribuyó este hecho un ambiente de trabajo punitivo, en donde el personal del hospital (como así también la mayoría de la población), tendían a

ver a los errores médicos como evidencias de negligencia. A consecuencia de ello, la mayoría de los hospitales no tomaban conciencia de los daños que ocasionaban a sus pacientes ni de la magnitud del problema. Los profesionales de la salud sólo reportaban lo que no podían ocultar.

En su presentación ante el Congreso, Leape sostuvo que la prevención de errores debía ser un objetivo estratégico central de las organizaciones de salud, y que los hospitales deberían eliminar su visión punitiva ante el reporte de los mismos, haciendo que reportar fuera "seguro" para los empleados. Se debían establecer sistemas para identificar los errores, para analizarlos y para medir la efectividad de las medidas correctivas. La regulación debía ser una fuerza que favoreciera la reducción de errores y no una fuerza que favoreciera su ocultamiento. Todos deberíamos ser capacitados acerca del rol central que juegan el diseño de sistemas y la responsabilidad corporativa en el manejo del error humano.

Finalizando su alocución, el Dr. Leape sostuvo que, si tuviera que elegir uno sólo, el mayor impedimento para avanzar en la prevención de errores era que "castigamos a la gente por equivocarse"

Es básicamente esta afirmación la que discutiremos en este artículo. Cuál es el rol de la sanción disciplinaria en la seguridad de nuestro sistema de salud? La amenaza o la aplicación de una sanción punitiva, ¿ayuda o

dificulta los esfuerzos por aumentar la seguridad del sistema? ¿Dónde debe trazarse el límite?

Cultura Justa. Desarrollo del Concepto

La generación de una “cultura no punitiva” que no culpabilice a los individuos sino al sistema cuando se cometen errores es uno de los temas más controvertidos y complejos en el campo de la seguridad del paciente. Sin duda, este nuevo modelo mental ha sido el responsable de muchísimos progresos en los últimos años. Dicho esto, el mantra de la “no culpa” ha sido llevado por algunos hasta niveles absurdos. Por supuesto que sí se debe culpar y sancionar a aquellos individuos que cometen continuamente errores por violar normas o por actuar con absoluto desprecio por las posibles consecuencias de sus descuidos, a quienes ignoran permanentemente las buenas prácticas de seguridad o aquellos que se presentan a trabajar intoxicados...

¿Cómo reconciliar entonces la tensión entre la cultura no punitiva (en donde la culpa no es lo importante), con la necesidad de asumir responsabilidades y sancionar? En su clásico libro “Managing the Risks of Organizational Accidents”, James Reason introduce el concepto de “Cultura Justa” (Just Culture) de la siguiente manera: (2)

Una cultura “sin culpa” no es ni factible ni deseable. Una pequeña proporción de actos humanos inseguros son indignantes y ameritan sanciones, severas en algunos casos. Una amnistía general para todos los actos inseguros carecería de credibilidad a los ojos de la fuerza de trabajo. Peor aún, sería vista como contraria a la justicia natural. Lo que se necesita es una “cultura justa”, una atmósfera de confianza en donde se estimule y hasta se premie a aquellas personas que brindan información esencial referida a la seguridad, pero en la cual también todo el mundo tenga claro dónde se encuentra la línea entre las conductas aceptables e inaceptables.”

El modelo de una “cultura justa” aborda dos preguntas centrales: 1) ¿Cuál es el rol de la sanción punitiva en la seguridad de nuestro sistema de atención? y 2) ¿La aplicación de una sanción punitiva beneficia o perjudica los esfuerzos que se realizan para aumentar la seguridad de los pacientes? El modelo reconoce que los sistemas complejos (y el sistema de atención médica lo es) son esencialmente inseguros y que los humanos está destinados a cometer errores. Dada esa premisa, los errores humanos y los eventos adversos deberían ser considerados resultados a ser medidos y monitoreados con el objetivo de reducirlos para mejorar el sistema. Su ocultamiento sería más grave que su ocurrencia.

Valores y Prioridades de la Organización

Las organizaciones que operan dentro de una “Cultura Justa” tienen definidos sus valores principales y secundarios para garantizar que los trabajadores sepan cómo priorizar su trabajo. La seguridad de los pacientes debería ser siempre el valor principal, por encima de valores como la eficiencia y la productividad, los cuales deberían ser considerados valores secundarios. El excesivo compromiso hacia estos y otros valores secundarios amenaza la seguridad y confunde a los trabajadores, especialmente si no se les da una dirección acerca de qué valor deben privilegiar. En general, debe quedar claro que la seguridad no debería ser sacrificada en aras de objetivos secundarios como la productividad. Sin embargo, el 26% del personal hospitalario que respondió a una encuesta de cultura de seguridad de AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) sostuvo que, cuando crece la presión y la demanda, sus jefes quieren que trabajen más rápido, aún cuando eso signifique tomar atajos. El 50% respondió que trabajan habitualmente en “modo de crisis”, tratando de hacer demasiadas cosas demasiado rápido, y el 36% reportó que en sus instituciones la seguridad era sacrificada en búsqueda de una mayor productividad.(3)

La mejor manera de influir positivamente sobre las decisiones del personal en el día a día, lo que a su vez afecta la seguridad de los pacientes, es a través del ejemplo de los líderes de la organización (jefes, supervisores, etc.). La discusión abierta sobre temas de seguridad y el ver a los jefes comportándose de una manera que privilegie la seguridad estimula al personal a hacer lo mismo. Lamentablemente, muchos líderes son los primeros en saltar pasos de seguridad demostrando poco compromiso con este valor central.

¿Es la seguridad un valor o una prioridad?(4) Muchas organizaciones de salud consideran actualmente que la seguridad de los pacientes es una prioridad que merece la mayor atención, sobre todo a partir de estudios que informan una tasa significativa de eventos adversos. Sin embargo, las prioridades pueden fácilmente cambiar en el tiempo y cederle su lugar a otras dimensiones de la calidad, hasta el próximo error grave. La seguridad del paciente debería ser un valor central sostenido asociado con cualquier prioridad, no una prioridad que pueda ser reordenada en base a demandas que compiten.

Tipos de Conducta

David Marx, un abogado e ingeniero ha popularizado el concepto de “cultura justa” durante la última década, ayudando a establecer los límites entre tres tipos de conductas bien diferenciadas asociadas a los eventos adversos: el error humano, las conductas de riesgo y las conductas temerarias. Su principal argumento es que la disciplina debe atarse al tipo de conducta individual y a su potencial riesgo más que al resultado de dichas acciones.(5)

1. Error Humano:

Los errores humanos implican actos no intencionales e impredecibles que producen o podrían producir un resultado no deseado; no son una elección de conducta - no “elegimos” cometer errores-. Son las famosas “fugas o lapsus”. Entre los ejemplos de este tipo de errores podemos mencionar el olvido para implementar una indicación o un tratamiento, un error único de

medicación (dosis, vía, paciente, tiempo), errores diagnósticos, error de lado, etc.

Como la mayoría e los errores humanos sobrevienen de debilidades en el sistema, en un sistema de cultura justa los mismos deben ser manejados mediante cambios en los procesos, procedimientos, entrenamiento, diseño, supervisión, ambiente y condiciones de trabajo que minimicen la posibilidad de equivocarse. La sanción disciplinaria no se justificaría en estos casos ni sería productiva, ya que la persona no buscó la acción ni la consecuencia posterior. En una cultura justa, la única opción sería consolar al trabajador que cometió el error y rediseñar el sistema para evitar futuros accidentes. Desafortunadamente, la encuesta mencionada de AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), reveló una realidad muy diferente en muchos hospitales de los Estados Unidos: la mitad de los encuestados respondieron que la revelación de errores se les volvió en contra; el 65% se manifestó preocupado porque estos errores quedaban registrados en sus legajos y el 54% sentía que se focalizaba más en el individuo que en el problema.(3)

2. Conductas de Riesgo:

Las conductas de riesgo son diferentes a los errores humanos. Las investigaciones sobre la conducta humana demuestran que estamos programados para embarcarnos en hábitos inseguros, perdiendo la percepción del riesgo asociado a las conductas de todos los días, o pensando equivocadamente que el riesgo se justifica o es insignificante. Un ejemplo típico se da cuando en una ruta que aparece desierta no cumplimos con la señal de “Pare”. Nuestra decisión acerca de qué es importante se basa típicamente en el objetivo inmediato (ej: comenzar ya la cirugía), desatendiendo consecuencias tardías e inciertas. Con el tiempo, y como la mayoría de las veces las cosas salen bien, la percepción del riesgo se disipa y los trabajadores tratan de hacer más con menos, toman atajos, violan normas y se van alejando casi inconscientemente de conductas que saben que son seguras. Estas conductas de riesgo, a menudo la norma en trabajos de grupo, son

consideradas como “la forma en la que hacemos las cosas acá”. En una cultura justa, la solución no estaría en castigar a quienes incurrir en estas conductas sino en remover los incentivos para la adopción de este tipo de conductas (ej: presiones de producción), creando incentivos para conductas seguras y aumentando la conciencia de situación. La mejor respuesta a este tipo de conductas es el entrenamiento en seguridad.

Entre los ejemplos de conductas de riesgo podemos mencionar la no utilización a conciencia de listados de verificación en quirófano (ej. iniciar una cirugía sin que estén los estudios o la prótesis a implantar), la documentación antedatada, el colocar vías centrales sin todas las medidas establecidas en los protocolos, etiquetar los tubos de sangre antes de las extracciones, etc.)

3. Conductas Temerarias:

A diferencia de lo que ocurre con las conductas de riesgo, quienes se embarcan en conductas temerarias son conscientes del riesgo que están tomando y saben que es alto. Saben que otros profesionales prudentes no harían lo que están haciendo (no es la forma de trabajar de la mayoría). Hay en estos casos un absoluto desprecio consciente de riesgos serios e injustificables. En una cultura justa, estas negligencias severas son altamente reprochables. Como tal deben ser manejadas a través de sanciones disciplinarias severas, de acuerdo con la política de recursos humanos de la organización. Ejemplos de estas conductas: abandono de guardia, silenciar alarmas, trabajar bajo efectos de alcohol o drogas, no intervenir ante el pedido de ayuda de un paciente porque no es una cama asignada, cometer un error serio de medicación y al advertirlo no decirle a nadie, aún cuando el paciente se deteriora y nadie sabe por qué...

Toma de decisiones disciplinarias. Estrategias

Existen para D. Marx básicamente tres tipos de políticas disciplinarias. Aquellas que se basan predominantemente en el resultado, las que consideran la adherencia a los

procedimientos y aquellas que consideran el riesgo asumido. (5)

1. Toma de decisiones disciplinarias basadas en el resultado

Aunque a algunos pueda resultarle extraño, muchas de las decisiones disciplinarias giran en torno al resultado final de la acción u omisión. Si una enfermera comete un error que no causó daño, consideramos que la enfermera tuvo suerte. Sin embargo, si otra enfermera comete el mismo error y el paciente termina dañado, consideramos el hecho reprobable y se la sanciona. Las ciencias sociales llaman a este fenómeno “sesgo de severidad”: cuanto más grave es el resultado, mayor es la sanción que se aplica.

Hasta hace algunos años, en un hospital en Texas (EE.UU), cualquier enfermera que cometía un error de medicación era juzgada en base a una escala de puntos basada en las circunstancias del evento. Esta escala consideraba el tipo de error, el método, la clase de droga y el resultado final. El puntaje de errores iba de 1 punto (error en la hora de administración) a 5 puntos (medicación incorrecta). La vía de administración iba de 2 puntos (medicación tópica) a 6 puntos (medicación intratecal). El tipo de droga sumaba de 1 punto (antiácidos) a 6 puntos (sangre o hemocomponentes). De acuerdo a la política disciplinaria de la institución, las enfermeras que acumulaban entre 1 a 18 puntos eran sometidas a programas de entrenamiento en el trabajo, las que sumaban entre 19 a 36 se les hacía una nota escrita, entre 37 y 54 se las suspendía y se les hacía comparecer ante un comité de revisión y las que superaban los 55 puntos eran despedidas por negligencia grosera. Consideremos ahora los puntajes asociados con el resultado del error de medicación: 5 puntos si no hubo daño, 15 por daños leves, 25 por daños graves y 70 puntos por muerte.

Según D. Marx, un esquema disciplinario en donde el resultado juega un rol tan dominante es cuestionable.

Teóricamente, una enfermera intoxicada cuyo error no causó daño estaría en un rango de puntaje de entre 10 y 20 puntos, mientras que una enfermera bien intencionada que mató a su paciente estaría entre los 80 y 90. En este sistema, es el resultado el que determina la sanción disciplinaria. Ahora bien, si el objetivo de la sanción es la seguridad del sistema, ¿cómo se sostiene este objetivo si se permite que la enfermera intoxicada, pero con suerte, permanezca en el sistema y la enfermera bien intencionada que cometió un error fatal sea despedida? Éste es en definitiva un sistema disciplinario muy imperfecto, basado en la noción de que podemos ejercer un control total sobre los resultados. En el manejo del error humano, sólo podemos controlar la intención de nuestras conductas para reducir la probabilidad de cometer un error, pero no podemos controlar verdaderamente ni cuándo ni dónde golpeará el error.

En los sistemas disciplinarios basados en el resultado final, se asume que cuando algo salió realmente muy mal (ej: muerte de un paciente), es porque alguien hizo realmente muy mal lo que tenía que hacer o que hay una grieta significativa en el sistema de seguridad. Sin embargo, la ley de Newton (a toda acción le sucede siempre una reacción igual y contraria) no aplica en la causalidad de eventos adversos en sistemas complejos, como lo es el sistema de salud. En estos sistemas, pueden ocurrir eventos catastróficos luego de fallas relativamente menores.

Si bien, como veremos más adelante, el sistema legal no juzga intenciones sino resultados y debe focalizarse necesariamente en la compensación de las víctimas, lo que los directivos de las instituciones deberían preguntarse es si la sanción será efectiva para evitar futuros daños. El castigo frena a quienes conscientemente eligen despreciar el riesgo o dañar a otros, pero tendrá un impacto mínimo en aquellos individuos que cometieron un error involuntario.

2. Toma de decisiones disciplinarias basadas en el cumplimiento de reglas

La toma de decisiones disciplinarias basadas en el cumplimiento de reglas es la más fácil de comprender. La mayoría de las industrias de alto riesgo tienen reglas, normas y procedimientos que buscan prevenir la ocurrencia de accidentes. En los hospitales, ejemplos de reglas de conducta podrían ser el chequeo de la pulsera del paciente para confirmar identidad, la realización del listado de verificación de seguridad de la cirugía o la limitación de horas de trabajo. En cualquier caso, las preguntas a realizarse serían dos: 1) si la persona violó una norma y 2) si lo hizo intencionalmente o no. En muchas organizaciones, la acción disciplinaria aplica a cualquier violación de norma, con o sin intención. Otras, luego de revisar sus políticas para estimular el aprendizaje a través del error han elevado el umbral disciplinario y sólo sancionan a aquellos que conscientemente violaron la norma.

La Administración Federal de Aviación de los EE.UU (FAA) ha desarrollado un sistema para estimular el reporte de incidentes por parte de los miembros de la tripulación. Miles de casos son recogidos a través del Aviation Safety Reporting System (ASRS). Luego de estudiarlos, se sacan lecciones que son difundidas en boletines periódicos. La FAA renuncia a tomar represalias si juzga que las violaciones de las regulaciones federales de aviación fueron “inadvertidas y no deliberadas”. En cambio, cuando la violación se considera intencional, la FAA cree que la necesidad de una sanción disciplinaria sobrepasa el potencial beneficio que tendría el aprendizaje a partir del evento. Muchas corporaciones de otras industrias tienen una filosofía similar. De hecho es un esquema bastante racional: disciplina para aquellos que eligen violar la norma, oportunidad de aprendizaje para aquellos que la violan inadvertidamente.

Existen, sin embargo, algunas dificultades asociadas con este abordaje basado en el cumplimiento de normas. Primero, no todas las violaciones intencionales son

malas, particularmente en profesiones cada vez más protocolizadas como la medicina y la aviación. Siempre habrá escenarios en donde la enorme cantidad de guías, normas y protocolos puedan superponerse y no “encajar” perfectamente con la circunstancia que enfrenta el profesional en ese momento. Si un médico o una enfermera sintieron que era necesario violar una norma para salvar a un paciente, y los hechos posteriores apoyan esa conclusión, se lo puede criticar por no seguir el procedimiento? ¿Y, qué pasaría con el cumplimiento malicioso de una norma defectuosa por parte de un empleado disconforme con el sólo propósito de dañar a la organización?. En resumidas cuentas, el juicio no debería basarse sólo en el hecho de violar una norma de manera consciente, debiendo considerarse si el profesional sabía que el riesgo que estaba asumiendo aumentaba el potencial de daño.

Otro problema es que las violaciones intencionales de normas y procedimientos ocurren todos los días, aún en actividades de alto riesgo como la medicina y la aviación. La mayoría de estas violaciones son el resultado de normas que han quedado desactualizadas y que en la práctica no se adaptan a la realidad que enfrentan los profesionales. Es muy común que las prácticas laborales se modifiquen a medida que cambian las presiones, la carga de trabajo y el ambiente de trabajo. Cambios que por otra parte suelen darse de manera lenta e incremental a lo largo del tiempo, sin que se modifiquen las normas y procedimientos existentes. Estos pequeños cambios en los patrones de práctica pueden ir acumulándose y llevar a la organización a una frontera muy cercana de lo que se considera un desempeño inaceptable y potencialmente peligroso para los pacientes.

Si una investigación concluye en que se violó alguna norma o procedimiento existente, muchas organizaciones no profundizan en las razones organizacionales por las cuales la persona se desvió de la norma. En estas situaciones, la persona suele recibir algún tipo de sanción y el trabajo a realizar se concentra en definir mejor la norma y las consecuencias de violarla. La sanción no siempre es formal a través de

sumarios internos; muchas veces es más sutil, haciendo sentir a las personas culpables y limitando la reeducación a las personas involucradas.

El punto más importante es que las violaciones son en sí mismas excelentes oportunidades de aprendizaje para mejorar la seguridad de los pacientes. Se puede aprender mucho si se comprende por qué ciertas violaciones se transforman en la regla. Desafortunadamente, en un modelo disciplinario que toma represalias cada vez que alguien se aparta de la norma, habrá muy poco aprendizaje. Los empleados reportarán siempre que estaban siguiendo al pie de la letra la norma, cuando la realidad fue posiblemente muy distinta.

3. Toma de decisiones disciplinarias basadas en el riesgo

Otro método utilizado para determinar si la conducta amerita sanciones considera la intencionalidad del empleado con respecto al resultado indeseado.

Si un individuo intencionalmente toma un riesgo significativo e injustificable, no hay duda de que le cabe una sanción. No existe ninguna organización en el mundo, aún entre las que profesan una “cultura no punitiva” que no castigue a quienes se embarcan en conductas temerarias con absoluto desprecio por la seguridad de otros.

Si el profesional sabía el riesgo que se corría y lo despreció (ej: anestesias simultáneas, silenciar alarmas), la utilidad de una acción disciplinaria no puede ser ignorada, ya que servirá como un disuasivo para que esa y otras personas se embarquen en este tipo de conductas. Pero, ¿qué pasa con las personas que no eran conscientes, pero deberían haberlo sido, del riesgo que crearon? La mayoría de los sistemas disciplinarios han puesto su límite en este tipo de conductas y establecen sanciones a quienes incurrir en la figura de negligencia, incumpliendo principios elementales inherentes a la profesión. Este sería el caso de un médico que prescribe 100 mg. de un medicamento

cuando la dosis era de 10 mg. ¿Era consciente de lo que había hecho? No, ¿Debió haber sido consciente? Sí. ¿Amerita sanción? Sí.

Errores a repetición

En casi cualquier discusión acerca del diseño del sistema disciplinario surgirá el tema de qué hacer con quienes cometen errores continuamente. ¿Puede el sistema de salud permitir que sigan trabajando personas que se equivocan con demasiada frecuencia? La respuesta a esta pregunta es difícil, ya que los errores a repetición pueden tener dos orígenes diferentes. Por un lado, el individuo puede estar en un puesto o desarrollar una tarea muy propensa al error. Así como podemos diseñar sistemas para minimizar el error a través de la comprensión de los factores humanos, también podemos diseñar sistemas que resultan en un aumento directo de la tasa de errores. Imaginemos, por ejemplo, si a los fabricantes de autos se les permitiera cambiar de lugar el acelerador, el freno y el embrague (ej: el acelerador a la izquierda, el embrague al centro y el freno a la derecha), En cada vehículo, uno podría aprender fácilmente cuál pedal pisar.... Sin embargo, nuestra experiencia y hábitos de manejo profundamente arraigados producirían un aumento en la tasa de accidentes. Ante situaciones de stress, los conductores pisarían por reflejo el pedal equivocado. El sistema de salud no es muy diferente. Ampollas de medicamentos similares, por ejemplo, o la disposición de equipos sin una adecuada estandarización y buen diseño llevarán a los prestadores a cometer errores a repetición. Si esto ocurre, es crítico que quienes diseñan el sistema conozcan esta tasa de error.

Por otra parte, los errores a repetición pueden originarse en situaciones del propio individuo que van más allá de su preparación profesional. La persona puede estar viviendo un momento personal o familiar difícil que disminuye su concentración en los detalles de su trabajo, llevándolo a una mayor tasa de errores. Si bien nos gusta pensar que la persona que acaba de cometer un error será la última en volver a cometerlo,

los especialistas en stress post traumático sostienen que el individuo que se equivocó tiene de hecho un mayor riesgo de volver a equivocarse. La solución en estos casos sería apartarlo durante un tiempo de tareas de riesgo que requieren una alta concentración o mejorar su supervisión. Esta acción, sin embargo, no debería ser considerada una acción punitiva. Se debe manejar el tema de los errores a repetición tratando de evitar el estigma y la condena social sobre la persona. Un cambio temporal de funciones, el re entrenamiento o la ayuda psicológica para superar el stress post traumático son recursos no punitivos que toda organización debería manejar.

De manera similar a lo que ocurre con los errores a repetición, la falta de calificación no debería resultar inmediatamente en una acción disciplinaria. Esta falta de calificación puede sólo significar que el sistema falló en garantizar que el prestador estuviera totalmente entrenado para la tarea que debía desarrollar. Son excepcionales los casos en los cuales un prestador asume una tarea sabiendo perfectamente que no está capacitado para ella. En estos casos, se trata de conductas temerarias que deben ser manejadas con el máximo rigor.

¿Y la responsabilidad profesional?

Lo que se trató hasta aquí tiene que ver con el rol que juegan las sanciones en la generación de un clima de seguridad y aprendizaje. La falta de sanciones institucionales ante errores automáticos o mínimos descuidos no obsta para que los profesionales deban responder por daños y perjuicios ante la Justicia. Nuestro sistema de responsabilidad civil tiene básicamente un concepto compensatorio. Cuando un paciente es dañado, y ese daño fue causado por un error evitable o una falta de diligencia (aún mínima), el profesional y la institución deben resarcir a la víctima. Los jueces suelen ser muy estrictos al evaluar la conducta médica exigible al profesional. Se trata de situaciones "culposas" en donde se produjo un daño sin intención.

Sin embargo, aquellos profesionales que incurren en conductas temerarias son pasibles de ser condenados penalmente bajo la figura de “dolo eventual”. En estas circunstancias, los jueces interpretan que la persona debería haber sido consciente del riesgo que estaba creando.

Palabras finales

El modelo descripto se basa en la creación de una cultura abierta, honesta y justa de responsabilidad compartida en apoyo a la seguridad de los pacientes.

En una “Cultura Justa”, las organizaciones se responsabilizan por los sistemas que han diseñado y se responde de manera imparcial y justa a las conductas de las personas. Es una cultura que busca aprender con el objetivo de diseñar sistemas seguros que favorezcan las mejores conductas. Este modelo no ve a los eventos adversos como “cosas a ser reparadas” sino como una oportunidad para mejorar la comprensión de los riesgos creados por el sistema y por las conductas de las personas, donde las decisiones gerenciales buscan optimizar los escasos recursos disponibles para minimizar la probabilidad de daño, sabiendo que el sistema está compuesto por equipos que pueden fallar, procesos imperfectos y seres humanos fallibles.

Tabla resumen. Marx, 2007

ERROR HUMANO	CONDUCTA RIESGOSA	CONDUCTA TEMERARIA
<p><i>Producto del diseño de nuestro actual sistema y de conductas individuales</i></p> <p>Cambios en:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Procesos •Capacitación •Ambiente •Diseño 	<p><i>El riesgo se creyó insignificante o justificado</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Remoción de incentivos para conductas riesgosas •Crear incentivos para conducta segura •Aumento de conciencia de situación 	<p><i>Desprecio consciente de riesgos sustanciales e injustificables</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Acciones punitivas •Acciones de remedio
<ul style="list-style-type: none"> • Olvido para administrar un tratamiento •Error de medicación único 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentación antedatada •Excederse en las atribuciones del puesto 	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>CONSOLAR</p>	<p>CAPACITAR</p>	<p>SANCIONAR</p>

Bibliografía

1. Testimony. United States Congress. House Committee on Veterans' Affairs. Dr. Lucian L. Leape, MD, October 12, 1997
2. Reason JT. Managing the Risks of Organizational Accidents. Aldershot, Hampshire, England. Ashgate Publishing Limited, 1997
3. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital Survey on Patient Safety Culture, 2012. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/>
4. Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Just Culture and its critical link to patient safety Part I y Part II. Acute Care ISMP Medication Safety Alert. May 17, 2012 –Part I – July 12, 2012 –Part II-) <http://www.ismp.org/newsletters/acute/acute/showarticle.aspx?id=22>
5. Marx D. Patient Safety and the “Just Culture”. A Primer for Health Care Executives. April 17, 2001. Disponible en <http://www.safer.healthcare.ucla.edu/safer/archive/ahrq/FinalPrimerDoc.pdf>