



ROMPIENDO PARADIGMAS DE LA CULTURA PUNITIVA A LA CULTURA DE LA CAUSALIDAD

BREAKING PARADIGMS FROM THE PUNITIVE CULTURE TO THE CULTURE OF CAUSALITY

Ivonne Romero Castillo
Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel. Panamá.
 ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6002-3405>
Correo: i_romero04@hotmail.com

Fecha de recepción: 30 de mayo 2025.

Fecha de aceptación: 27 de julio 2025.

RESUMEN

Introducción: Cometer errores es parte inevitable de la vida de todo ser humano y está descrito que las perspectivas de abordaje son heterogéneas. Sin embargo, el personal sanitario involucrado no siempre dispone de recursos para gestionar los riesgos inherentes dentro de los sistemas sanitarios, en donde el enfoque debe ser colectivo y los intentos con una visión mucho más preventiva, las cuales juegan un papel más preponderante que el castigo y la culpabilización. Estrategias sistematizadas como el *Modelo del Queso Suizo de James Reason* permiten gestión de aquellos aspectos inseguros, así como el establecimiento de intervenciones oportunas que minimizan la aparición de los errores. El **objetivo** de la revisión es explorar las distintas corrientes de pensamiento relacionadas a la cultura punitiva centrada en la culpabilidad, así como proponer la utilidad del modelo de James Reason el cual contribuye a generar intervenciones en las cadenas causales identificadas con el fin de reducir el riesgo de errores y/o accidentes. **Método:** se realiza una revisión de información publicada, así como de interpretaciones de expertos en entrevistas y libros digitales con acceso abierto de base de datos Pub Med, Elsevier, Google Académico, Scielo, Medigraphic, Academia en idiomas español, inglés, francés y portugués. Por medio de la utilización de palabras claves (Seguridad del paciente, Errores Médicos, Potencial Evento Adverso, Culpa, Riesgo) y cuya fecha de publicación estuviese dentro del periodo 2000 y 2024. **Conclusiones:** La complejidad de los entornos sanitarios, así como la interacción multicausal favorece la aparición de errores, sin embargo, la co-creación de espacios donde se favorezca la retroalimentación y el análisis en lugar de buscar culpables serán fundamentales para superar obstáculos y mejorar los procesos existentes.

Palabras Claves: Seguridad del paciente, errores médicos, factores de riesgo, causalidad.



ABSTRACT

Making mistakes is an inevitable part of life for every human being, and it has been described that the perspectives for addressing them are heterogeneous. However, the healthcare personnel involved do not always have the resources to manage the inherent risks within healthcare systems, where the approach must be collective, and attempts with a much more preventive vision play a more important role than punishment and blame. Systematized strategies such as James Reason's Swiss Cheese Model allow for the management of unsafe aspects, as well as the establishment of timely interventions that minimize the occurrence of errors. The objective of the review is to explore the different schools of thought related to the blame-centered punitive culture, as well as to propose the usefulness of James Reason's model, which contributes to generating interventions in the identified causal chains to reduce the risk of errors and/or accidents. Method: A review of published information, as well as expert interpretations of interview and open access digital books from the Pub Med, Elsevier, Google Scholar, Scielo, Medigraphic, and Academia databases in Spanish, English, French, and Portuguese was conducted. Keywords (Patient Safety, Medical Errors, Potential Adverse Event, Guilt, Risk) were used, and publication dates fell between 2000 and 2024. Conclusions: The complexity of healthcare settings, as well as the multi-causal interaction, favors the emergence of errors; however, the co-creation of spaces that encourage feedback and analysis rather than seeking blame, will be essential to overcome obstacles and improve existing processes.

Keywords: Patient safety, medical errors, risk factors, causality.

INTRODUCCIÓN

El concepto de *error* puede verse desde diferentes perspectivas de autores (Besnard Denis et al, 2018) lo define como “una situación en la que una secuencia de acciones no logra sus objetivos, no intencionado por el individuo”.

Otros autores coinciden que los errores son inherentes a la naturaleza humana y que ocurren en cualquier ámbito de nuestra vida. Sin embargo, la perspectiva de visión varía, así (Pajés, 2024) atribuye que existen factores que condicionan a los mismos como lo son el estrés, falta de conocimiento, de experiencia y la presencia de líderes inflexibles en los entornos de trabajo.

(Adela Alba-Leonel et al, 2011) considera que en los entornos sanitarios por la perspectiva idealista de *perfección* no se permite que el individuo reconozca y acepte constructivamente el error, predisponiendo a enmascaramiento de estos.



En la actualidad cobra gran relevancia migrar de una actitud defensiva en donde el error es visto con culpa y vergüenza a una actitud abierta donde el análisis crítico sea el primer paso, por ello es pertinente dar una mirada a la naturaleza de los errores humanos y su impacto en la atención sanitaria.

Vista desde la pedagogía del éxito al incurrir en un *error* se adoptan posiciones negativas, inadaptativas, estigmatizadoras, carentes de comprensión hacia el personal involucrado (Sabrina da Costa Machado Duarte et al, 2015) y se asume una gran *carga emotiva* percibiendo la situación como defectuosa, que hay que eliminar u ocultar.

Sin embargo, en la perspectiva constructiva, el *error* es considerado un desajuste entre lo esperado y lo que se obtiene. Resalta que dentro del proceso de aprendizaje el error acompaña a todo proceso de mejora, se rechaza la actitud sancionadora, punitiva y supone a una concepción innovadora donde se acepte y analice en lugar de evitarlo (Torre, 2004). Esta perspectiva puede verse influenciada por la cultura institucional de cada organización, en donde *cometer un error* puede tener un efecto disuasorio con influencias claramente negativas en la persona, posición ampliamente demostrada en las publicaciones de autores como (Trevor, 2001) “si el objetivo es encontrar culpables y castigarlos, nunca descubriremos qué sucedió y no podremos evitar que suceda nuevamente”; de igual manera (Schrappe, 2005) “es una cuestión de liderazgo convencer a los miembros de la organización de que la prevención de errores tiene mayor prioridad que el castigo y la culpabilización”. En ese sentido nuestros esfuerzos deben redirigirse a implementar en el sistema, una cultura de seguridad donde los individuos desarrollen confianza, capacidad de comunicación y cooperación ante la ocurrencia de un error y se logre un mayor compromiso de aprendizaje de estos, mejorando el sistema de gestión (Andréa Tayse de Lima Gomes et al, 2016).

El *Modelo del Queso Suizo* (Reason, Error Humano: modelos y gestión, 2000) parte de la premisa que los seres humanos son falibles y que los errores son previsibles; constituye una herramienta clave para entender las defensas, barreras y salvaguardias que protegen al individuo o a las organizaciones cuando están expuestos al error.

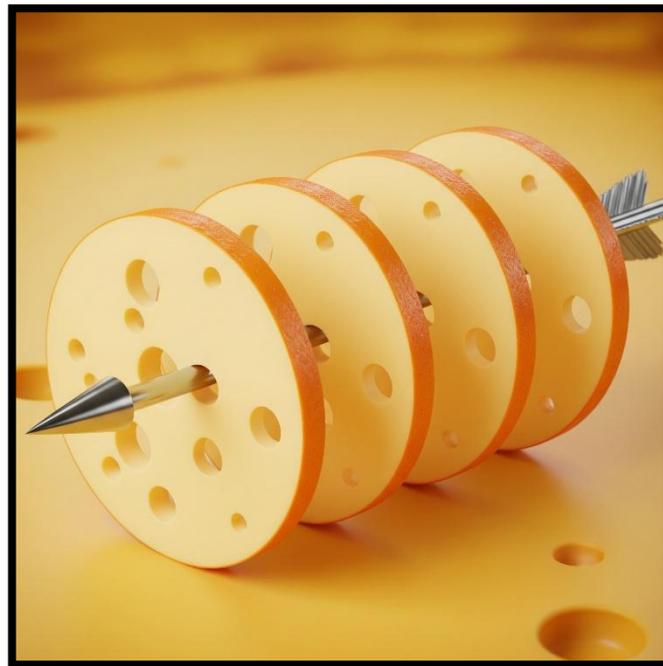
Es un modelo que enfoca los errores como consecuencias más que causas, los cuales son considerados trampas recurrentes en el lugar de trabajo y en los procesos administrativos. Consiste en una metáfora visual aplicada desde la década de 1990,

inicialmente en la seguridad de la industria aérea e ingeniería, sin embargo, actualmente aplicable dentro de los entornos sanitarios con el fin de analizar y gestionar riesgos. En algunos contextos se le conoce como el *Modelo de Efecto Acumulativo* (Reason, Error Humano: modelos y gestión, 2000).

Cada rebanada es comparable a los eslabones de una organización (ver Imagen 1), apilados como barreras que representan las *defensas del sistema*. En cada una de ellas existe un agujero o imperfección, que representa las debilidades o fallas del sistema los cuales son dinámicos, que pueden variar en tamaño o posición.

No se puede considerar que una sola rebanada prevenga de manera efectiva el error o accidente, por lo que cada rebanada se le confiere una función defensiva y asegura de posibles fallos que puedan generarse de la anterior. En el momento en que haya alineación de cada agujero se permite la oportunidad de trayectoria para un *accidente o error*.

Imagen 1



Fuente: elaboración propia, con apoyo de la inteligencia artificial (AI)



De acuerdo con lo planteado por Reason, las vulnerabilidades en estas barreras de defensa obedecen a dos causas principales, cuya interacción da lugar a los eventos adversos que afectan al paciente durante la atención sanitaria.

1. Fallas Activas: Son de impacto directo, difíciles de prever y son los actos inseguros cometidos o decididos por las personas en contacto con el paciente (deslices, lapsus, errores).
2. Condiciones Latentes: conocidos como los *patógenos residentes*, permanecen en el sistema por años sin embargo tienen las características de ser identificables, con ellas existe la oportunidad de ejecutar una actitud más proactiva que reactiva.

El modelo constituye una herramienta de gestión de seguridad y prevención de accidentes, afirmación respaldada por (Benjamin, 2003) “en escenarios comunes analizar para comprender *por qué* y *cómo* se produce un error son procesos de reingeniería en los sistemas, los cuales permiten mayor resistencia a los errores”; de igual manera (Wiegmann DA et al, 2022) “producto de la identificación y clasificación de las vulnerabilidades, las mismas tendrán una significancia diferente al ser subsanadas en el sistema”.

Analizar los puntos críticos utilizando herramientas visuales de gestión de riesgo son contribuyentes para el proceso de mejora continua (Otero MJ et al, 2003) y permiten una participación de cada uno de los actores dentro del sistema sanitario para la implementación de estrategias, que permitan reducir al máximo estos riesgos (Aranaz-Andrés JM et al, 2011).

Manifestamos nuestro interés al explorar las distintas corrientes de pensamiento relacionadas a la cultura punitiva centrada en la culpabilidad y en demostrar la aplicabilidad del Modelo de James Reason a uno de los escenarios más comunes de la práctica de enfermería, esquematizando de forma visual estrategias de intervención en los agentes causales identificados, con el fin de minimizar riesgos de errores y/o accidentes en la administración de medicamentos.

MÉTODO

Se trata de una revisión narrativa de información publicada, así como de interpretaciones de expertos en entrevistas y libros digitales con acceso abierto en base de datos de Pub Med, Elsevier, Google Académico, Scielo, Medigraphic, Academia en idiomas español, inglés, francés y portugués. Por medio de la utilización de palabras clave (“Seguridad del paciente” OR “Patient Safety”), (“Errores Médicos” OR “Medical Errors”), (“Potencial Evento Adverso” OR “Potential Adverse Event”), (“Culpa” OR “Guilt”) AND (“Riesgo” OR “Risk”) y cuya fecha de publicación estuviese dentro del periodo 2000 y 2024. Con selección para el análisis de 18 documentos que cumplieran con las corrientes de abordaje establecidas para el presente manuscrito.

Abordaje en el momento en que ocurre un *error* dentro de los sistemas sanitarios.

Los procesos internos de respuesta – conflicto a nivel cerebral cuando experimentamos un error son muy complicados, implican una serie de reacciones químicas, así como actividades cerebrales en la corteza cingulada anterior, que no son objeto del presente ensayo sin embargo, lo que vale la pena resaltar son las posiciones producto de estudios científicos donde establecen la necesidad de medidas correctivas y adaptativas posterior a la ocurrencia de los mismos, para permitir que haya correcciones por parte del individuo (Juliana Yordanova et al, 2004), éstas son las llamadas dinámicas de retroalimentación formativa (FFB) cuya incorporación en los entornos sanitarios ha sido de forma parcial ya que aún se confronta con debilidades en la divulgación de los errores y persistencia de una cultura punitiva del medio y actitud reactiva por parte de los involucrados (Pere Tudela et al, 2022).

Producto de la revisión bibliográfica, se establecen 2 corrientes de abordaje en el momento en que ocurre un *error* dentro de los sistemas sanitarios.

La primera corriente está relacionada con *aspectos personales inherentes al aprendizaje del ser humano*, es aquí donde cobra relevancia la creación de ambientes de aprendizaje para migrar a una cultura no punitiva (Pajés, 2024).

Constituyen una oportunidad donde se promueve una cultura de confianza y donde la comunicación es abierta a nivel de todos los profesionales independientemente de su



grado de autoridad, sin miedo a represalias. Son espacios de análisis de las causas de los fallos y se trabaja para el desarrollo de propuestas que disminuyan la repetición en el futuro (Otero MJ et al, 2003). Por ende, el personal involucrado cambia su percepción en el momento en que se presenten dichas situaciones y constituye un cambio en la cultura institucional y personal (Sabrina da Costa Machado Duarte et al, 2015).

La segunda corriente está relacionada con la *cultura institucional* la cual no está desvinculada de la primera y que con un abordaje conjunto genera una ventana de oportunidades. Punto de vista compartido por escritores como (Otero MJ et al, 2003) donde refuerza que la utilización de estrategias simples implica sistemas de retroalimentación que permita el análisis de los errores y el rediseño de los procesos, con el fin de introducir las mejoras pertinentes en los mismos. De igual manera (Reason, Error Humano: modelos y gestión, 2000) “incentivar al personal en todas las esferas para que identifiquen, reconozcan y se recuperen ante un fallo permite convertir la preocupación aislada en un enfoque colectivo confiriendo a la institución mayor confiabilidad”.

No es un secreto a voces que mientras menos esté defendido un sistema mayores probabilidades hay de que se produzca un error o accidente y responsabilizar al individuo no debe perpetuarse en el sistema (Romero, 2007).

Entender el qué, cómo y por qué de los errores y/o accidentes representa una herramienta cualitativa clave para identificar oportunidades de mejora dentro del sistema, reduciendo así su probabilidad y recurrencia. El Modelo del Queso Suizo, que se presenta a continuación, es una herramienta visual con capacidad de incorporarse en diferentes entornos permitiendo descomponer las causas de manera estructurada y orientar acciones específicas en cada nivel de falla.

Por constituirse uno de los procesos donde existe un mayor reporte de errores en el ejercicio profesional, el cual requiere una gran corresponsabilidad (Adela Alba-Leonel et al, 2011) quisimos abordar como ejemplo de aplicabilidad el Modelo del Queso Suizo en los *errores en la administración de medicamentos*. Los cuales son de carácter multifactorial, que se puede presentar en cualquiera de los eslabones de la cadena que conforman dicho procedimiento (Marcela Allard Pincheira et al, 2023) y en el cual intervienen diferentes factores dentro de los que podemos mencionar:

1. Los relacionados con las etapas del proceso (prescripción, transcripción, dispensación, preparación, administración y monitoreo).
2. Factores humanos.
3. Factores relacionados con los equipos y dispositivos de dispensación/preparación /administración.
4. Factores relacionados con los procesos.
5. Factores relacionados con los medicamentos.

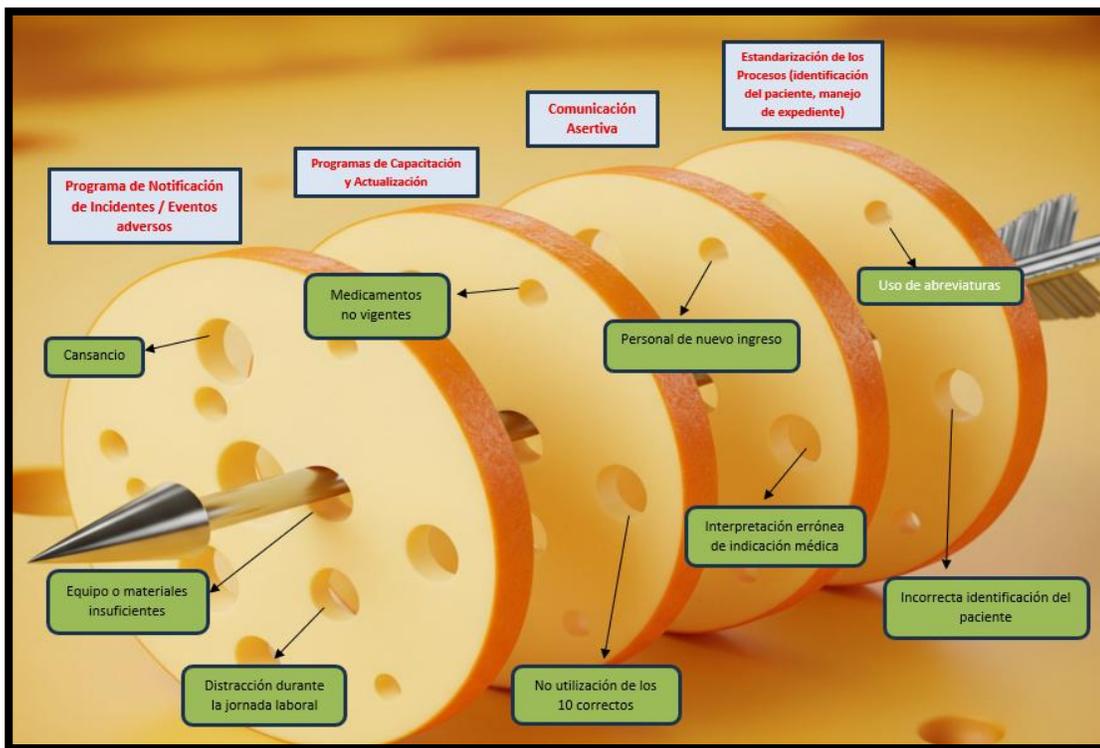
Aunque cada uno de los factores enunciados comprende una variedad de elementos, para los fines del presente escrito, orientado a la formulación de un nuevo enfoque gerencial, se procedió a seleccionar aquellos considerados más pertinentes para el desarrollo del ejercicio. Es propicio, que producto de las investigaciones de seguridad en cada una de las áreas donde se desea aplicar el modelo se identifiquen los aspectos vulnerables propios de cada contexto, ya que mientras más aspectos se identifiquen mayor serán los resultados en la mejora de seguridad de los procesos dentro del sistema (Wiegmann DA et al, 2022).

En la imagen que se presenta a continuación se trata de esquematizar aquellas fallas activas y condiciones latentes inmersas durante el procedimiento de administración de medicamentos a juicio del autor del presente ensayo, los cuales son ajustables en cantidad y de acuerdo con las características de los contextos donde se desea aplicar el modelo.

Los representados por *viñetas verdes* en cada uno de los agujeros corresponden a las fallas o debilidades que se pueden presentar en el proceso de administración de medicamentos y que se encuentran relacionados con los factores inherentes dentro del proceso mencionado con anterioridad. Por otro lado, en la parte superior de cada rebanada utilizando *viñetas con letras rojas* se muestran algunas estrategias de gestión que pueden ajustarse según cada entorno.

Aplicabilidad del Modelo del Queso Suizo en la administración de medicamentos

Imagen 2



Fuente: elaboración propia, con apoyo de la inteligencia artificial (AI)

Comprender este enfoque, así como el análisis sistémico de cada uno de los agentes causales (causas raíz) permite diseñar procedimientos seguros para personas capaces y bajo situaciones habituales o fortuitas dentro del ejercicio profesional en los entornos sanitarios.

La aplicación del Modelo del Queso Suizo puede presentar variaciones dependiendo del contexto en el que se utilice, tanto en la cantidad como a las características de las fallas activas y las condiciones latentes identificadas. No obstante, el propósito de este ensayo es proporcionar al lector una herramienta de gestión orientada al diseño e implementación de estrategias preventivas y oportunas, que contribuyan de manera significativa a la mejora del desempeño profesional en los entornos donde se decida aplicar dicho modelo.



CONCLUSIÓN

Definitivamente que la Seguridad del Sistema no se logra erradicando un *error*, la clave está en *reducir* las debilidades o vulnerabilidades encontradas. Transformar los contratiempos o fallos en oportunidades de resiliencia de los sistemas sanitarios que como se ha documentado ampliamente es alcanzada a través de los sistemas de retroalimentación positiva, migración de la cultura punitiva individual y reactiva a una cultura de causalidad donde el abordaje es de carácter preventivo y sistemático.

Incorporar el uso de herramientas como el Modelo de James Reason son coadyuvantes en el análisis constructivo de las causas raíz de fallas en los sistemas de salud. Permite mejorar la comunicación, una oportuna toma de decisiones y resolución de problemas, así como el desarrollo de estrategias efectivas que redundan en beneficios para el paciente como para el personal de salud.

REFERENCIAS

- Adela Alba-Leonel et al. (2011). Errores de enfermería. *Medigraphic*, 6.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2011/eim113g.pdf>
- Andréa Tayse de Lima Gomes et al. (2016). HUMAN ERROR AND SAFETY CULTURE IN APPROACH OF THE "SWISS. *Journal of Nursing*, 7.
https://www.researchgate.net/publication/347870514_Human_Error_and_Patient_Safety
- Aranaz-Andrés JM et al. (2011). Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos . *Revista de Calidad Asistencial*, 7 páginas. Obtenido de <https://repositorio.essalud.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12959/431/Dise%c3%b1o%20del%20estudio%20IBEAS%20Prevalencia%20de%20efectos%20adversos%20en%20hospitales%20de%20Latinoam%c3%a9rica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Benjamin, D. (2003). Reducing medication errors and increasing patient safety: case studies in clinical. *Revista de Farmavología Clínica*, 15.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12856392/>

- Besnard Denis et al. (2018). *Safety Culture*. Francia: Institut pour une culture de sécurité industrielle . https://www.icsi-eu.org/sites/default/files/2020-07/lcsi_cahier_FR_culture-securite_2017.pdf
- Juliana Yordanova et al. (2004). Sistemas paralelos de procesamiento de errores en el cerebro. *ScienceDirect- Elsevier*, 590-602. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1053811904000850>
- Marcela Allard Pincheira et al. (mayo de 2023). *PROTOCOLO PREVENCIÓN ERROR DE MEDICACIÓN*. Recuperado el 30 de abril de 2025, de <https://www.hospitalcoquimbo.cl/wp-content/uploads/2023/11/16.-PROTOCOLO-PREVENCIONERROR-DE-MEDICACION.pdf>
- OMS. (11 de septiembre de 2023). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 22 de abril de 2025, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Otero MJ et al. (2003). *Errores de Medicación*. Recuperado el 22 de abril de 2025, de <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap214.pdf>
- Pajés, A. (23 de mayo de 2024). Del error al éxito, cambiando la perspectiva . 1. (F. Meza, Entrevistador). <https://www.forbes.com.py/liderazgo/del-error-exito-cambiando-perspectiva-alfredo-pajes-n53284>
- Pere Tudela et al. (2022). Aprender de nuestros errores, la alternativa del feedback formativo. *Medicina Clínica - Elsevier (edición inglesa)*, 248-250. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S238702062200403X>
- Reason, J. (2000). Error Humano: modelos y gestión. *National Library of Medicine*, 3. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1117770/>
- Romero, J. R. (2007). Causalidad del error humano. *Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo*, 10-18. <https://www.insst.es/documents/94886/176041/N%C3%BAmero+43.pdf>
- Sabrina da Costa Machado Duarte et al. (2015). Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *SciELO-Brasil*. <https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQZfg7phyj/?format=html&lang=pt>
- Schrappe, M. (2005). Patientensicherheit und Risikomanagement [Patient safety and risk management]. *Med Klin (Munich)*, 7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16096729/>



- Torre, S. d. (2004). *APRENDER DE LOS ERRORES: El tratamiento didáctico de los errores como estrategias innovadoras*. Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata. https://www.academia.edu/25112968/APRENDER_DE_LOS_ERRORES
- Trevor, K. (2001). *Learning from accidents*. Londres: Routledge. <https://books.google.co.cr/books?id=2fUgzeXWDcgC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Wiegmann DA et al. (2022). Understanding the "Swiss Cheese Model" and Its Application to Patient Safety. *Pub Med* , 4. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8514562/>