

**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
DOCTORADO**

TESIS

**CAMBIOS EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR
LA MEJORA EN PROCESOS DE CALIDAD DE SERVICIOS:
ESTUDIO MIXTO PIONERO EN UN CENTRO MÉDICO
PRESTIGIOSO DE LA PROVINCIA DE
ENTRE RÍOS, ARGENTINA**

Alumno: Julián Xavier Torreblanca

Director de Tesis: Jorge Walter

Miembros del Tribunal de Tesis: Ezequiel García-Elorrio, Francisco Pucci, Mario Poy

Fecha de defensa de la Tesis: 28 de Noviembre de 2022

Resumen

En el mundo de la salud, la gestión de la seguridad del paciente ha tomado una creciente relevancia. Las certificaciones internacionales relacionadas con la calidad están teniendo un rol clave para el logro de avances en esa dirección. Sin embargo, el efecto de cambio organizacional que producen sobre la cultura de seguridad del paciente en los centros médicos aún no ha sido investigado en el país. Este Estudio precursor recurre a la metodología de análisis del caso intrínseco, para examinar y describir las etapas del proceso de cambio durante una certificación que apuntó a la mejora en la calidad del servicio en un centro médico de gran reputación del interior del país, tomando como puntos de referencia dos encuestas, una realizada al comienzo y otra tras un período que permitió contrastar la situación previa y posterior a la implementación de los cambios.

Se utilizó entonces una metodología mixta, no experimental. Se seleccionó la encuesta *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, versión en español, para comparar el estado original (2015) y final (2020) de la cultura de seguridad del paciente, aplicada a una población de empleados en contacto directo con los pacientes. La fase cualitativa, de análisis de los procesos de cambio, se realizó mediante grupos focales, entrevistas y revisión documental.

Los resultados cuantitativos, producto de la comparación de los resultados de las encuestas, mostraron un cambio significativo en la cultura de seguridad del paciente. Tuvo lugar un cambio positivo en todas las dimensiones del cuestionario, alguna de las cuales fueron superiores al 20% y hasta un 50% en algunos departamentos. La diferencia entre los departamentos que accedieron a la certificación ISO 9001:2015 y los que no lo hicieron se profundizó.

La indagación cualitativa identificó barreras al avance en la comunicación formal producto de una falta de motivación de los mandos medios médicos, de la presencia de un concepto de error punitivo y de un muy escaso reporte de los incidentes con fines de aprendizaje. Se identificaron fortalezas en cuanto al respeto, la cercanía entre empleados, el fuerte sentido de pertenencia y misión hacia la Organización y su orientación religiosa, que suavizaron el proceso de cambio.

No obstante las limitaciones de sesgo y contextuales propias de un estudio de caso único, aporta una referencia, pionera en la Argentina, sobre los procesos que atraviesa una organización de salud en búsqueda de mejoras en la calidad de servicio, medida desde la percepción de lo que tradicionalmente se consideró su paso posterior, la seguridad en las prestaciones. Esto abre un espacio para investigaciones de procesos similares en otras organizaciones de salud que han emprendido o están emprendiendo el mismo camino.

Palabras Clave: Organizaciones de alto riesgo, cultura de seguridad, certificación de calidad, cambio organizacional

JEL: M140 Corporate Culture; Diversity; Social Responsibility; L210 Business Objectives of the Firm; I100 Health: General

Contenidos

Resumen.....	2
Lista de Tablas	7
Lista de Figuras.....	8
Abreviaturas.....	9
Introducción	10
1.1 Antecedentes	10
1.1.2 Evolución de la seguridad del paciente.....	10
1.2 Justificación del Estudio	11
1.3 Relevancia del Estudio	12
1.4 Objeto de Estudio	12
1.5 Implementación y Esquema	13
Planteamiento del problema	15
2.1 Declaración del problema	15
2.2 Preguntas de investigación.....	16
2.2.1 Pregunta general	16
2.2.2 Subpreguntas.....	16
2.3 Objetivos	16
2.3.1 Objetivo general.....	16
2.3.2 Objetivos específicos	16
2.4 Hipótesis.....	17
Marco teórico	18
3.1 La seguridad del paciente.....	18
3.1.1 Antecedentes históricos	18
3.1.1.1 Delimitando el alcance de la epidemia.....	19
3.2 El error humano.....	22
3.2.1 El evento adverso.....	22
3.2.2 Factores Humanos y el cambio en la seguridad del paciente	23
3.2.3 El error humano y su análisis – Definiciones	24
3.2.4 No punitividad	26
3.3 La organización	27
3.3.1 Organizaciones de alta fiabilidad (HRO).....	29
3.4 La calidad y la seguridad del paciente	30
3.4.1 Paralelismo con otras industrias	31
3.4.2 Las certificaciones en calidad y para organizaciones de salud	32
3.4.2.1 Problemas con la certificación.	34
3.4.2.2 Beneficios de la certificación.	35
3.5 Cultura Organizacional	36
3.5.1 El liderazgo y la cultura organizacional	39
3.5.2 Comunicación efectiva	43
3.5.2.1 Checklists.	45
3.5.3 Sistemas de Reporte.....	46
3.5.4 Toma de Decisiones.....	47
3.5.5 Trabajo en Equipo.....	47
3.5.6 Diseño Organizacional.....	48
3.5.6.1 Falta de personal, Agotamiento físico y tecnológico	49
3.5.7 Educación.....	50
3.5.8 Breve mirada a la cultura actual de las organizaciones de salud	51
3.6 Cultura de seguridad del paciente	53
3.6.1 Medicina centrada en el paciente y su integración a la organización	55

3.6.2 Pasos del cambio cultural	56
3.7 Cambio organizacional.....	57
3.8 Implementación de programas de mejora	60
3.8.1 Tipos de Implementación.....	60
3.8.2 Seguimiento proactivo de la implementación.....	61
3.8.3 Implementaciones tecnológicas	61
Metodología	64
4.1 Necesidad de una investigación mixta	64
4.2 Diseño y objeto del Estudio	65
4.3 Aspectos éticos.....	67
4.4 Tipo de estudio.....	68
4.5 Sección cuantitativa	69
4.5.1 Descripción del Instrumento.....	70
4.5.2 Aplicación del Instrumento.....	74
4.5.3 Operacionalización	75
4.6 Sección cualitativa	75
4.6.1 Técnicas de recolección	76
4.6.2 El proceso de la investigación	77
4.6.2.1 Descripción de la Guía para entrevistas y grupos focales.....	79
4.6.2.2 Proceso de investigación de entrevistas a jefes de departamento y grupos focales.	80
4.6.2.3 Revisión de documentación.	81
4.7 Análisis de los datos.....	82
Resultados.....	84
5.1 Análisis Cuantitativo.....	84
5.1.1 Primera aplicación del instrumento	85
5.1.1.1 Datos demográficos.....	85
5.1.1.2 Resultado general.	88
5.1.1.3 Dimensiones desagregadas.	90
5.1.1.4 Pregunta Cualitativa.	94
5.1.1.5 Resumen de fortalezas y oportunidades de mejora.	98
5.1.2 Segunda aplicación del instrumento	100
5.1.2.1 Datos demográficos.....	101
5.1.2.2 Resultado general.	103
5.1.2.3 Dimensiones Desagregadas.....	105
5.1.2.4. Pregunta cualitativa.	112
5.1.2.5. Resumen de fortalezas y oportunidades de mejora.	115
5.2 Análisis Cualitativo.....	119
5.2.1. Descripción de la historia de la estructura jerárquica	119
5.2.2. Procesos implementados: Razones, barreras y facilitadores	126
5.2.2.1. Acciones del Departamento de Calidad y Mejora de Procesos.....	126
5.2.2.2. Acciones de la Enfermera de Docencia y Seguridad.	134
5.2.3. Resultados de los procesos implementados de acuerdo con los destinatarios.....	136
5.2.3.1 El cambio tecnológico.....	137
5.2.3.2. Comunicación en la Unidad de Trabajo y entre Unidades.....	140
5.2.3.3. Concepto de Error.	145
5.2.3.4. Apoyo de la Dirección.	147
5.2.3.5. Valores.	153
5.2.3.6. Reflexión final y mejora en el corto plazo.	156
Discusión	158

6.1 Discusión (resultados cuantitativos)	158
6.2 Discusión (resultados cualitativos)	160
6.2.1. Estructura Organizacional.....	161
6.2.1.1. Valores y huella de la religión.	162
6.2.1.2. Diseño actual de los sistemas en la Organización.....	163
6.2.2. Comunicación	166
6.2.2.1 Otros factores humanos.....	168
6.2.3. El Error	168
6.2.3.1. El reporte de error.	170
6.2.4 Apoyo de la Administración.....	171
6.2.5. Diseño del cambio	172
6.2.5.1. Implementación del cambio.	174
6.3 Dificultades	178
6.4 Limitaciones.....	179
Conclusión	181
7.1 Subpreguntas	181
7.1.1 Subpregunta 1	181
7.1.2 Subpregunta 2	182
7.1.3 Subpregunta 3	184
7.1.4 Subpregunta 4	187
7.2 Líneas de investigación futuras	189
Referencias.....	191
Anexos	214
Anexo I - Misión, Visión, Políticas de Calidad	214
Anexo II – Datos mundiales sobre epidemia de seguridad	215
Anexo III – Cambios entre el instrumento aplicado y su nueva versión.....	216
Anexo IV – Esquema de grupo focal/entrevista	217
Anexo V - Tabla Respuesta positivas HSOPS	218
Anexo VI - Tabla Resumen Cualitativa	223

Lista de Tablas

Tabla 1 Definición de dimensiones <i>HSOPS</i>	71
Tabla 2 Profesión, tiempo de trabajo en la misma, en la Organización y en su Departamento. Primera aplicación del instrumento	87
Tabla 3 Horas trabajadas. Primera aplicación del instrumento.....	88
Tabla 4 Oportunidades de mejora por dimensión. Primera aplicación del instrumento	100
Tabla 5 Profesión, tiempo de trabajo en la misma, en la Organización y en su Departamento. Segunda aplicación del instrumento	102
Tabla 6 Horas trabajadas. Segunda aplicación del instrumento.....	103
Tabla 7 Oportunidades de mejora y Fortalezas, por dimensión. Segunda aplicación del instrumento	117

Lista de Figuras

Figura 1 Departamentos, cantidad y profesión de los encuestados. Primera aplicación del instrumento.....	86
Figura 2 Resultados por Dimensión. Primera aplicación del instrumento	88
Figura 3 Comparación resultados con base de datos mundial. Primera aplicación del instrumento.....	89
Figura 4 Departamentos con y sin certificación. Porcentaje de Respuesta positiva por grupos. Primera aplicación del instrumento	90
Figura 5 Grado de seguridad del paciente. Incidentes reportados. Primera aplicación del instrumento.....	94
Figura 6 Departamentos, cantidad y profesión de los encuestados. Segunda aplicación del instrumento.....	102
Figura 7 Resultados por dimensión. Ambas aplicaciones del instrumento	103
Figura 8 Comparación resultados con base de datos mundial. Segunda aplicación del instrumento.....	104
Figura 9 Comparación entre aplicaciones del instrumento de diferencias entre departamentos con y sin certificación por grupo de dimensión. Segunda aplicación	105
Figura 10 Grado de seguridad del paciente. Incidentes reportados. Segunda aplicación del instrumento.....	111
Figura 11 Mejora en Departamento. Mejora en la Organización	112
Figura 12 Organigrama de la Dirección General. Fuente: Organización	121
Figura 13 Cambios en la estructura de la organización para mejorar la cultura de seguridad del paciente.....	125

Abreviaturas

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
DCMP	Departamento de Calidad y Mejora de Procesos
EDS	Enfermera de Docencia y Seguridad
HRO	High-Reliability Organization – Organización de Alta Fiabilidad
HSOPS	Hospital Survey on Patient Safety Culture
JCI	Joint Commission International
OMS	Organización Mundial de la Salud
PSCHO	Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
UTI	Unidad de Terapia Intensiva

Capítulo 1

Introducción

1.1 Antecedentes

El informe *To Err is Human* (Kohn et al., 2000) descubrió que los errores médicos eran la segunda causa de muerte en Estados Unidos, el equivalente a la caída de dos grandes aviones de pasajeros repletos por día (Nance, 2008). Sin embargo, para el informe, el 90% de estos errores no tenían como causas el comportamiento de los médicos o enfermeros sino los sistemas y los procedimientos. Desde entonces, se ha dedicado gran cantidad de recursos a la investigación para el aumento de la calidad de las prestaciones, generando una mejora en la seguridad del paciente (Leape, 2008).

La gran mayoría de los millones de pacientes tratados diariamente por equipos profesionales de salud logran mejorar y eliminar sus síntomas. Trágicamente, una cantidad inaceptable de personas es dañada por un tratamiento inadecuado, como consecuencia de un sistema organizacional pobre que no distingue condiciones latentes; aquellas ocultas en el sistema (Reid y Bromiley, 2012). Slawomirski et al. (2017) indican que la maximización de la seguridad del paciente, o, dicho de otro modo, la mejora de la seguridad del cuidado del paciente (Woodward, 2017), es una responsabilidad ética y moral de cualquier profesional y organización de salud.

1.1.2 Evolución de la seguridad del paciente

La seguridad del paciente atravesó una primera era de descubrimiento en la década de 1990, una segunda era de medición y protocolización en la primera década del nuevo siglo y actualmente se encuentra en una “era moral”, donde se mide menos, se abandonan los incentivos complejos y se centran esfuerzos en eliminar las prerrogativas profesionales reemplazándolas por un ambiente de información transparente, confiable y comunicativo (Berwick et al., 2015). En esta nueva era, la sociedad reclama a las organizaciones de salud no solo datos sobre efectividad de los tratamientos sino sobre dignidad, respeto, compasión y toma de decisiones (Doyle et al., 2013). Esto evoluciona el estereotipo de calidad a una etapa más alta, de reconocimiento de habilidades no técnicas que afectan a la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente, entonces, es:

Una de las dimensiones clave de la calidad asistencial y un derecho de los pacientes reconocido por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Comité de Sanidad del Consejo de Europa que, junto con diversas agencias y organismos internacionales,

recomiendan a los diferentes gobiernos situar la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias” (Hernández-Montes et al., 2013, p. 149).

La seguridad del paciente es el fundamento sobre el que se levantan los demás aspectos de la calidad, entendida como el balance óptimo, construida en base a la interrelación de los acuerdos entre los actores del sistema (Mitchel, 2008).

El concepto moderno de seguridad del paciente llegó a Argentina de la mano del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, donde con un esfuerzo del Dr. Alberto Agrest, pionero nacional en el área, se creó la Red para la Seguridad con el objeto de importar el movimiento al país (Academia Nacional de Medicina, 2014). Paralelamente, hospitales de vanguardia en el país han obtenido acreditaciones internacionales en calidad y seguridad del paciente (Joint Commission International, 2019), organismos oficiales han sido creados (Ministerio de Salud, 2017) y la calidad y cultura de seguridad de los pacientes es parte de los currículos de las carreras de grado en salud (Universidad del Salvador, 2013). Sin embargo, no hay investigaciones que hayan producido artículos científicos sobre el cambio en la cultura de seguridad del paciente en dichas organizaciones de manera holística. Sólo los hay sobre procesos específicos mejorados como la Guía de Cirugía (2012) del Ministerio de Salud.

1.2 Justificación del Estudio

Este Estudio evaluó la implementación de los procedimientos necesarios para obtener certificaciones internacionales de calidad (ISO 9001) desde la perspectiva del cambio en la cultura organizacional de seguridad del paciente, paso históricamente anterior a lograrla, para brindar información de gestión clave para la administración del centro de salud estudiado. A su vez, provee de una base comparativa para los administradores de centros de salud de la Argentina en lo relativo a implementaciones de calidad que modifican la seguridad del paciente y promueven un aumento de ésta en la atención a través de un cambio de la cultura organizacional de seguridad del paciente entre los empleados. El Estudio se justifica particularmente porque el movimiento es cada vez mayor y permea en la estructura de las organizaciones de salud argentinas. Al mismo tiempo, en Argentina se ha realizado poco en estos años para proveer de estadísticas y herramientas a los directivos de estas instituciones. A estos últimos, este Estudio les puede servir de guía orientativa para atravesar la sucesión de cambios que estos procesos generan.

1.3 Relevancia del Estudio

El Estudio de este caso es importante en primer lugar porque no existe algo similar creado en la Argentina, es un área de investigación vacante. También porque, si bien es un centro de salud que no llega al millar de empleados, de acuerdo al sitio web del mismo, se trata de un centro donde se ofrece medicina de alta complejidad con atención integral en todos los estadios de la persona, que todavía mantiene la estructura tradicional de una burocracia profesional (Mintzberg, 2012). Su tamaño mediano -atiende 200 mil pacientes al año- resulta adecuado para afrontar los costos y estructura relacionados con la certificación y permite aplicar cambios en prácticas y procedimientos ágilmente.

A su vez, el Estudio podría ser replicado en la mayoría de los centros de salud de alta complejidad del interior de la República que están comenzando a atravesar el camino de la mejora en la seguridad del paciente, ya que la institución bajo estudio pertenece a este grupo por tamaño, calidad de profesionales y estado actual de la cultura sobre seguridad del paciente.

1.4 Objeto de Estudio

La Organización menciona, en su presentación web, que es un centro de alta complejidad localizado en Entre Ríos, perteneciente a una religión cristiana mundial con presencia en la Argentina desde el Siglo XIX. Luego de vivir años de excelencia recibiendo pacientes mediante avioneta desde Buenos Aires, Rosario y Córdoba, y derivaciones desde toda la provincia, sur de Corrientes y el Uruguay, experimentó un leve estancamiento de sus prestaciones que lo llevaron a perder dicho prestigio. Superadas varias crisis económicas nacionales y provinciales se alcanzó un nuevo nivel de estabilidad que le permitió a su dirección intentar recuperar el terreno perdido. Asiéndose del avance realizado por un grupo de profesionales que, de manera independiente y aislada, comenzaron con el movimiento de la calidad, se diagramó una planificación estratégica, hasta ese momento inexistente, tendiente a obtener certificaciones en calidad en los distintos departamentos de la Organización. Se incorporó a la calidad dentro de la definición de Misión, en pos de lograr la Visión de ser una organización de excelencia en el cuidado de la salud. Todo el movimiento se apoyó en una declaración de Políticas de Calidad, en la que se menciona la identidad centrada en la atención al paciente tradicional de la Organización con la incorporación de pacientes y familiares, junto con normas nacionales e internacionales de calidad, en un esfuerzo conjunto por obtener una mejora continua, basando el accionar de cada individuo en valores surgidos de principios bíblicos -explícitamente: el amor a Dios y al prójimo- (ver Anexo I). Este último detalle será también analizado culturalmente para determinar si los empleados consideran a la

identificación con una religión y sus valores como un impulsor del comportamiento, notado como “diferente” por los pacientes, y un facilitador del cambio hacia la mejora en la seguridad del paciente, basado en una cosmovisión cristiana de deber moral hacia el prójimo.

Una certificación internacional en calidad otorga prestigio a la institución y motivación a sus empleados para mejorar su desempeño al tiempo que atrae a profesionales para que lideren en sus especialidades. Del esfuerzo original, dos departamentos fueron certificados en la norma ISO 9001. El centro de salud cuenta con un buen concepto en cuanto a calidad y seguridad por parte de los pacientes, especialmente comparados a las demás opciones de salud de la zona, hospitales públicos y clínicas privadas pequeñas. Sin embargo, un análisis inicial denotó que esto sucede por factores ajenos al manejo y planificación administrativa, y que, entre los empleados con atención directa, existe ignorancia y falta de educación sobre aspectos centrales de la calidad y cultura de seguridad. Ejemplo de lo anterior es el recurso a la sanción en caso de error involuntario, la ausencia de un sistema de reporte de incidentes, la escasa protocolización de los procesos y el trabajo en equipo no basado en la comunicación abierta.

1.5 Implementación y Esquema

El Estudio es resultado de un largo proceso de investigación llevado adelante por el autor de esta Tesis como investigador del Instituto de Medicina Preventiva de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Adventista del Plata, aprovechando la interacción, los comentarios y sugerencias de colegas y especialistas, bajo la dirección del Dr. Jorge Walter. El Estudio comenzó en el año 2015 con la primera aplicación del instrumento de recolección de datos cuantitativos, extendiéndose hasta 2020, fecha de la segunda aplicación del instrumento. El estudio cualitativo fue realizado entre estas fechas, con hincapié en el año 2019. Económicamente, se agradece el aporte de la beca interna doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), que le permitió al investigador centrarse en el presente Estudio durante toda su extensión.

El Estudio presenta la estructura que se describe a continuación. Luego de la presente introducción, en el capítulo segundo se delimitan los problemas a abordar y se plantean los objetivos e hipótesis respectivos. Posteriormente, en el tercer capítulo titulado Marco Teórico, se presenta un estado del arte del proceso de cambio cultural en organizaciones de salud, tanto de manera general como específica. La metodología de esta investigación es detallada en el cuarto capítulo. El capítulo quinto es el aporte principal del trabajo, pues da cuenta de los resultados de la investigación cuantitativa, comparando los datos recogidos en ambas aplicaciones del instrumento para reflexionar sobre continuidades y diferencias. También se

presentan allí los resultados del estudio cualitativo que indagó sobre las razones de las continuidades y los cambios observados. A continuación, en el capítulo de Discusión se interpreta y contrastan los resultados empíricos con la base teórica expuesta en el Capítulo 3. Finalmente, el último capítulo sintetiza los resultados obtenidos, organizándolos de acuerdo con los objetivos de la investigación para resaltar conclusiones y generar nuevas incógnitas a partir de lo encontrado para indagar sobre ellas en estudios futuros.

Capítulo 2

Planteamiento del problema

2.1 Declaración del problema

El ser humano se equivoca, por lo tanto, médicos, enfermeros, técnicos y demás personal de salud fallarán alguna vez. La organización de salud debe contar con procedimientos y mecanismos de control que impidan que dicho fallo se convierta en un daño para el paciente (Reason, 1990). Una cultura organizacional de seguridad del paciente es clave en este aspecto, pues crearla o mejorarla incrementará la calidad de su atención y su seguridad. En Argentina, poco se ha realizado por modificar los estereotipos tradicionales de la medicina: un médico que no tiene permitido fallar, que lo conoce todo y que ejerce un poder coercitivo sobre el grupo de trabajo que lo ayuda. A la par, un sistema que se esmera en mantener la libertad del practicante y que no se preocupa en generar estadísticas nacionales en pos de la mejora colectiva. La cultura del error punitivo está tan arraigada que lleva a no reportar errores. Por lo tanto, “no existe el problema”. El mismo argumento sirve de excusa para la ausencia de estadística colectiva. No se realizan estudios que evalúen los cambios, ni se crean programas de mejora en gran escala (Codermatz et al., 2006).

Los esfuerzos de mejora de la calidad, mediante certificaciones y acreditaciones internacionales en el área, deben partir de iniciativas individuales y políticas organizacionales específicas de cada organización. Las organizaciones que avanzan en este campo pertenecen al sector privado, intentando mantenerse a la vanguardia para no perder un determinado sector de la población que las exige. La falta de legislación e incentivos lleva a que la mayoría de los centros de salud continúen trabajando con protocolos y sistemas creados decenios atrás, cuando la base de conocimientos y prácticas de la medicina se renueva en forma completa cada cinco años (Vincent y Amalberti, 2015).

El director de una organización médica que supere estas barreras y quiera comenzar a transitar el camino de la calidad se enfrenta entonces a un último problema de magnitud considerable. Ante la situación de disrupción de los cambios -de gran velocidad y envergadura, y que una vez comenzados son difíciles de retrotraer- no existen investigaciones o literatura que ilustre, desde un contexto local, el camino a seguir, desafíos, barreras y fortalezas. Esta incertidumbre comienza a ser despejada a través de este Estudio.

La necesidad de conocer la base sobre la que se parte y las áreas de mayor necesidad de mejora (Hernández-Montes et al., 2013), llevaron a la creación de herramientas por parte de organismos internacionales de certificación voluntaria. Al día de hoy, no hay estrategias

replicables que garanticen un período de adaptación a los estándares (Vincent y Amalberti, 2015) y son pocos los estudios que abordan el cambio debido a la cantidad de tiempo que lleva el institucionalizar las mejoras (Salmon et al., 2003). Desarrollarlos, es uno de los mayores desafíos de la mejora en seguridad del paciente (Williams y Reid, 2009).

2.2 Preguntas de investigación

2.2.1 Pregunta general

¿De qué manera los procesos implementados para obtener la certificación internacional en gestión de la calidad influyen sobre el cambio en la cultura de seguridad del paciente en un centro de salud de alta complejidad del interior argentino?

2.2.2 Subpreguntas

1. ¿En qué aspectos y departamentos o profesiones cambió la cultura de seguridad del paciente luego de cinco años de procesos vinculados a la obtención de una certificación internacional en gestión de la calidad?
2. ¿Cuáles son las etapas que se observaron en este proceso de cambio de la cultura de seguridad del paciente y qué escenarios caracterizan cada una de ellas?
3. ¿Qué factores de apoyo y barreras se observaron en la implementación de los procesos vinculados a la obtención de la certificación internacional en gestión de la calidad?
4. ¿Qué injerencia tuvo la creación de estructuras de apoyo específicas para favorecer el cambio en la cultura de seguridad del paciente?

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo general

Identificar y describir procesos y etapas, factores que generan apoyo y resistencias relativos al cambio de cultura en la seguridad del paciente, vinculados a la obtención de una certificación internacional en gestión de la calidad mediante un análisis de caso intrínseco, pionero en el país, en un centro de salud de alta complejidad del interior argentino.

2.3.2 Objetivos específicos

1. Comparar los resultados de la encuesta de cultura de seguridad del paciente, realizada al inicio, y reiterada al final del proceso de certificación, tanto a nivel de la organización en su conjunto como entre los distintos departamentos involucrados.

2. Describir y analizar las distintas etapas del cambio como consecuencia del proceso de certificación.
3. Identificar los factores que generaron apoyo y las barreras a los cambios requeridos por la certificación, tanto entre los distintos departamentos involucrados como a nivel de la organización en su conjunto.
4. Comprender cómo cambia la cultura de seguridad del paciente de un centro de salud de alta complejidad al incorporar estructuras de apoyo específicas vinculadas a la obtención de una certificación internacional en gestión de la calidad.

2.4 Hipótesis

La implementación de los procesos para obtener la certificación internacional de gestión de la calidad brindó una oportunidad para el cambio en la cultura de seguridad del paciente de un centro de salud de alta complejidad del interior argentino, a través de una influencia positiva sobre la comunicación, el concepto y reporte de errores y la percepción del involucramiento de la Dirección en la seguridad del paciente.

Capítulo 3

Marco teórico

3.1 La seguridad del paciente

3.1.1 Antecedentes históricos

Vincent y Amalberti (2015) mencionan que, salvo algunos precursores, hace 25 años la cuestión de la seguridad del paciente simplemente no se planteaba, y que, tradicionalmente, el conocimiento técnico ha sido considerado suficiente para asegurar la calidad y la seguridad en la atención (Ruiz y Simon, 2004). Sin embargo, ya en 1863, Florence Nightingale menciona que el primer requerimiento de un hospital es “*to do no harm*”, no hacer daño (Kaufman y McCaughan, 2013), destacando los defectos del sistema como causal de enfermedad en la Guerra de Crimea. Ignac Semmelweis, recalcó, contemporáneamente, la importancia del lavado de manos para prevenir infecciones en los partos. Ya en el Siglo pasado, Ernst Codman observó y publicó errores durante las altas, fomentando la incorporación del uso de las conversaciones y revisión de casos para el aprendizaje. En 1959, Herbert Heinrich encontró que por cada “accidente” grave ocurrían 29 de consecuencias menores y 300 que no llegaban a dañar al paciente (Woodward, 2017).

El desarrollo tecnológico de las últimas décadas incrementó, paradójicamente, los problemas de seguridad del paciente. La medicina pasó de ser una ciencia sencilla, no efectiva y segura, a compleja, efectiva y potencialmente insegura (Woodward, 2017). El conocimiento médico, complejizándose técnica y procesalmente, es objeto de una actualización significativa cada cinco años (Vincent y Amalberti, 2015). La tecnología cambia, pero más cambian los procesos, exigiendo mayor especialización, investigación y protocolos (Despins et al., 2010; Pauley y Pauley, 2012). El frenesí lleva a desatender el fundamento de la atención segura del paciente.

Recién en la década de 1980, en los departamentos de anestesiología de los Estados Unidos, se comenzó a sistematizar el estudio de la seguridad en la atención al paciente, desde la óptica de la mejora de la calidad: “*el objetivo era identificar y analizar los errores y los incidentes y, luego, encontrar el modo de evitarlos*” (Vincent y Amalberti, 2015, p. 140). En 1991, Harvard publica un estudio retrospectivo sobre historias clínicas de hospitales de Nueva York, midiendo la incidencia de eventos adversos, ya no de accidentes (véase la distinción bajo el subtítulo siguiente), encontrando que el 3,7% los contenía, de los cuales el 58% se consideraba prevenible (Vitolo, 2010). El estudio fue luego replicado en Utah (2,9%) y en

Australia (4,9%) (Zabalúa, 2010). El Dr. Leape, en 1997, en un discurso a un Subcomité del Congreso de Estados Unidos, recalcó que 120.000 pacientes morían por año a causa de estos errores, y que no se tomaba magnitud del problema porque solo el 2% o 3% eran reportados en los sistemas voluntarios de notificación debido a la cultura punitiva existente (Vitolo, 2015). Jens Rasmussen, James Reason, Charles Vincent y Don Berwick también escribieron sus primeras obras relacionadas al tema en esta década, que culminó con dos trabajos seminales que marcaron el despertar definitivo: *To Err is Human* (Kohn et al., 2000) del Instituto de Medicina de Estados Unidos y *An Organisation with a Memory* (L. Donaldson, 2002) del Departamento de Salud del Reino Unido.

Basado en el estudio de Harvard, el reporte *To Err is Human* -término tomado de un ensayo sobre criticismo de Pope en 1711 (Armitage, 2009)- estimó que los eventos adversos evitables ocasionaban entre 44.000 y 98.000 muertes por año en los Estados Unidos (el equivalente a un avión 747 diario) siendo la octava causa de muerte en el país, con costos multimillonarios, sin tener en cuenta los emocionales de pacientes y familiares. Correctamente, el informe llamó al problema de los eventos adversos una epidemia (Olden y McCaughrin, 2007b). La OCDE determinó el daño al paciente como la 14^{va} causa de enfermedad mundial, superando a la tuberculosis y la malaria (Slawomirski et al., 2017). Según Gaba (2000) no se había tomado conciencia del problema porque las muertes ocurrían en más de 6.000 centros de salud esparcidos por todo el país, el equivalente a entre 7 y 15 por hospital. El Instituto de Medicina de los Estados Unidos estimó el costo anual en más de 17 mil millones de dólares (Pauley y Pauley, 2012), entre \$600 y \$48.000 por caso (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017). El informe de la OCDE plantea que estos son solo costos de atención, pero que el verdadero costo es mucho más alto y subjetivo. Los factores psicológicos de pacientes, familiares y personal exceden varias veces lo estimado (McCaughan y Kaufman, 2013; Slawomirski et al., 2017).

El mensaje final del reporte llamó a un cambio sistémico, dramático, para crear agencias nacionales, sistemas de reporte voluntarios, investigaciones y una cultura donde la seguridad sea la prioridad, a través del diseño de los puestos de trabajo, estandarización, y la simplificación de procesos. Un informe, publicado al año siguiente, identificó seis áreas de mejora: el cuidado debía ser seguro, efectivo, centrado en el paciente, a tiempo, eficiente y equitativo (Ulrich y Kear, 2014).

3.1.1.1 Delimitando el alcance de la epidemia. El impulso de los trabajos seminales, con sus partidarios y opositores metodológicos, sumado a la publicación de un estudio en Inglaterra, llevado a cabo por Vincent, que estimaba en un 10% la posibilidad de un paciente

de ser objeto de un evento adverso durante la atención, cuyo número por lo menos se duplicaba en terapia intensiva (Woodward, 2017; Zabalúa, 2010), motivaron la creación de agencias nacionales de seguridad y de grupos de trabajo que financiaron numerosas investigaciones en seguridad del paciente –para un detalle del cambio exponencial véase (Arenas-Gutiérrez et al., 2010; Stelfox et al., 2006; Whipple et al., 2013)–, revelando datos importantes sobre la escala del problema. Una muestra se expone en el Anexo II.

En la Argentina, si bien según datos oficiales en cuidados críticos el 32% de los internados críticos en 2016 sufrieron infecciones hospitalarias y un 10% las sufrieron en áreas no críticas (Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias [VIHDA], 2019), los intentos por aplicar políticas nacionales similares a la de países desarrollados han sido aislados y se han visto truncadas por la federalización del sistema de salud, la falta de recursos y los diferentes momentos políticos. El costo de oportunidad de la no calidad crece con cada año que no se comienza a trabajar en el área. En su completo análisis económico, Slawomirski et al. (2017) explican cómo los costos relacionados a los programas de intervención son ínfimos contrastados con los que se previenen.

Los incidentes, bajo el esquema organizacional actual, no solo dañan física y mentalmente al paciente y causan un aumento en los costos por tratamientos extras y acciones legales, sino que excluyen a las familias de los mismos y al personal que cometió el error, quien debe llevar la carga de la culpa (Rich, 2008). Los estudios de van Pelt (2008) hacen hincapié en los efectos sobre estos últimos, llamándolos segundas víctimas.

Tanto la Agenda 2030 de la ONU, como los Principios de Gobierno Corporativo de la OCDE impulsan a la medicina a mejorar la calidad y seguridad de los pacientes. Por su parte, la OMS lanzó en 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que buscaba difundir ampliamente las iniciativas relacionadas con el tema en diversas partes del mundo, desarrollando una taxonomía en seguridad del paciente, investigación y soluciones (Giraldo-Arango y Montoya-Romero, 2013), primero a través del reto de la Higiene de Manos, y, posteriormente, el de Cirugía Segura. En 2017, ante el éxito de los dos predecesores, se lanzó el reto Medicación sin Daños, para hacer frente a datos que indicaban que el 77% de los eventos adversos en países en desarrollo provenían de medicamentos adulterados o de baja calidad (Gómez Ramírez et al., 2011; Noble Compañía de Seguros, 2017).

El personal de enfermería es incluso, estadísticamente, más proclive a tener accidentes que los empleados del rubro de la construcción (Goodman, 2003). Este escenario, sumado a estudios que mencionaban una tasa del 20% de reinternación por eventos adversos (Pauley y Pauley, 2012; Vincent y Amalberti, 2015), trajeron como resultado una nueva política del

sistema de salud de los Estados Unidos. El mayor prestador, Medicare, no abona las readmisiones prevenibles dentro de los 30 días del alta, como incentivo financiero para que los líderes médicos identifiquen las causas y las solucionen (Avramchuk y McGuire, 2018). El informe de la OCDE estima en miles de millones a los dólares ahorrados por el sistema de salud desde la implementación de esta política.

Paradójicamente, y a pesar de todos los esfuerzos, los datos no parecen mejorar (Chassin y Loeb, 2013; K. Falco, 2013; Morag et al., 2012). Hay una gran variedad de estrategias e iniciativas implementadas sin un claro conocimiento de su efectividad (Morello et al., 2013). Se siguen estudiando las mismas cosas que hace 20 años (Woodward, 2017) y los resultados son cada vez peores: el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos ubica los eventos adversos como la tercera causa de muerte en el país (Fenningkoh, 2005; Rutherford et al., 2017).

El Dr. Agrest impulsó, desde comienzos de milenio, el estudio local del error desde el punto de vista sistémico (Vitolo, 2010). Sin embargo, son pocas las instituciones que crearon planes acorde, formando lo que Walter (2007) describe como isla antropotecnológica. Tan solo en 2007, se realizó la primera publicación sobre un relevamiento de percepción de clima de seguridad, basada en los resultados de un programa de la Academia Nacional de Medicina, que se centró en analizar e intervenir la cultura de seguridad como base para mejorar la calidad de atención (Ortiz et al., 2007). Los resultados se repiten en años posteriores en los estudios de Ramos (2017) y Arpi (2017): falta de entrenamiento, alta punitividad, investigación incipiente, falta de comunicación, recursos humanos capacitados y compromiso de las direcciones. Las instituciones de salud de la Argentina carecen de una cultura de seguridad del paciente afianzada. Arpi va más allá al mencionar que “*la mayoría de las instituciones ni siquiera ha comenzado el camino para mejorar la seguridad*” (2017, p. 86), cayendo en los cinco desafíos de salud recopilados por Massoud et al. (2012) para países en desarrollo: profesionales incompetentes en factores humanos, que no reconocen la inseguridad, con falta de concientización social, sistemas inadecuados y malas políticas públicas de salud. La no exigencia, a nivel nacional, de la implementación de medidas de seguridad lleva a esfuerzos individuales que no se fijan/institucionalizan en las culturas de las diferentes organizaciones de salud (Walter y Pucci, 2007).

3.2 El error humano

3.2.1 *El evento adverso*

El novedoso concepto de evento adverso parte de un enfoque sistémico. Resumiendo la opinión de los autores, es la lesión o complicación no intencionada –denominada iatrogenia– que resulta en una estadía más prolongada, discapacidad permanente o muerte, causada por defectos del sistema y no por la condición subyacente por la que el paciente acudió al centro de salud (Ulrich y Kear, 2014; Williams y Reid, 2009). Zabalúa (2010) la llama desviación, dando a entender que el enfoque es el de recolectar hechos para solucionar el problema sistémico, no para sancionar responsables individuales. Tiene sus razones en una conjunción de factores de la tarea y tecnología, del individuo, ergonómicos, organizacionales y administrativos, institucionales y del paciente (Vincent, 2010). Los eventos adversos se pueden clasificar por el tipo –diagnóstico, tratamiento, prevención, generales–, el momento de ocurrencia, el lugar en el que transcurren o la gravedad de las secuelas (Zabalúa, 2010).

Errar es humano, pero la adaptabilidad y flexibilidad del individuo es lo que permite corregir las fallas debidas a un diseño defectuoso, perfeccionándolo. Por lo tanto, los eventos adversos y así también aquellos que casi lo son deben ser buscados para ser encontrados antes que sucedan (Armitage, 2009). Cada organización e individuo interpreta su experiencia clasificándola de acuerdo con lo que le es familiar, lo que parece un evento para un grupo puede ser el proceder normal de otro. Esto genera procedimientos alternativos ante un mismo evento. Ralston y Larson (2005) hablan de vigilancia interna, externa y también de un sistema de reportes para ayudar a clasificarlos y facilitar su búsqueda. Inclusive si las organizaciones nacionales estandarizan la clasificación, todavía habrá discrepancias en la implementación local (Tamuz y Thomas, 2006).

La estandarización será clave para aprender de estos eventos de una manera paulatina, cambiando así de un ambiente de trabajo propenso al error a uno tolerante al mismo (Marx, 17 de Abril de 2001; Vincent y Amalberti, 2015). En el esquema actual, apenas ocurrido el incidente se hace una valoración rápida, culpabilizante, llamada la primera historia. Es aquí donde el liderazgo positivo es muy importante para dar otro énfasis a la investigación que mejorará la seguridad del paciente y el aprendizaje (Richardson y Storr, 2010). Un análisis más detallado, posterior, será mucho más provechoso. En esta segunda etapa se obtiene información de distintas fuentes, cuantitativas y cualitativas y se amplía el marco temporal para entender los factores de diseño que llevaron al evento (Vincent y Amalberti, 2015). El análisis de causa raíz es el más reconocido ejemplo de este procedimiento (McCaughan y Kaufman, 2013).

Reason (2016), al mismo tiempo, advierte que la búsqueda constante de fallas latentes podría oscurecer situaciones donde la falla activa fue la mayor causante, y que la distancia causa-efecto no debe ser muy larga.

3.2.2 Factores Humanos y el cambio en la seguridad del paciente

Los estudios revelan que entre el 70% y 80% de los eventos adversos se pueden atribuir a los procesos, y más concretamente a los factores humanos (Arslan et al., 2015; Flin et al., 2009; García-Elorrio, 2010; Morag et al., 2012; Vogus et al., 2010; White, 2012), con un personal que hereda los problemas del sistema y los aumenta con los propios. El 60% de los eventos centinelas –aquellos en los cuales el error resulta en daño serio o muerte, recibidos por la Joint Commission International (JCI)- son por fallas en la comunicación (Fenningkoh, 2005). Las heurísticas que permiten priorizar la atención tienen como contracara aquello que se dejó de lado, que quizás objetivamente era lo oportuno y más beneficioso (Armitage, 2009; Fryer, 2012; Kahneman y Tversky, 1979).

Los factores humanos son definidos como la disciplina que entiende sobre la interacción de los humanos con otros elementos del sistema, promoviendo un diseño centrado en los pacientes, reduciendo factores de error, entendiendo las dinámicas de trabajo en equipo, administrando las interrelaciones y el cambio, para así aproximarse a la seguridad (Eggertson, 2014; Kohn et al., 2000; Norris et al., 2012). El Instituto de Medicina de los Estados Unidos, en su reporte de 2004, recomienda cambios en el ambiente que incluyan al liderazgo transformacional, y cambios en el ambiente de trabajo que mitiguen los errores, fomentando así la cultura de seguridad (Ulrich y Kear, 2014). Los administradores deben reconocer que sus empleados, excelentes y con amplio conocimiento técnico, luchan contra un sistema interdependiente, con flaquezas y rendimiento pobre (Henriksen y Dayton, 2006). Estas barreras organizacionales para la seguridad del paciente toman la forma de largas horas de trabajo, falta de personal, estrés, ansiedad, miedo a la culpa, condiciones ergonómicamente malas de trabajo, mala comunicación entre unidades, mal diseño y nombre de medicamentos, que no pueden ser solucionadas con conocimiento médico (Goldmann y Kaushal, 2002; McFadden et al., 2006). Son las áreas no técnicas las que reciben la mayoría de las críticas hacia los médicos que formulan los pacientes (Codermatz et al., 2006). El profesionalismo moderno reconoce la importancia de las habilidades no técnicas como aquellas sociales: liderazgo, compañerismo, comunicación efectiva, trabajo en equipo; las cognitivas: toma de decisión, manejo de información, administración de tiempos y tareas, consciencia situacional; y las personales: manejo de estrés y fatiga, como complemento necesario de las técnicas

(Armitage-Chan, 2014; Ellaway, 2013; Flin et al., 2009; Gordon et al., 2012; White, 2012). En la sección Cultura Organizacional de este texto se desarrollarán en mayor profundidad.

3.2.3 El error humano y su análisis – Definiciones

Con el desarrollo de la psicología cognitiva y los factores humanos, se comenzó a comprender al error desde una nueva perspectiva. El error es la decisión y comportamiento del individuo, provocado muchas veces por el sistema, que resulta en una tarea innecesaria, equivocada (error de planeación) o incorrectamente realizada (error de ejecución), que podría haber sido evitado (Reason, 2016; Ulrich y Kear, 2014; Zhao y Olivera, 2006). Se diferencia del problema, una interferencia que no permite realizar la tarea de una manera correcta (Tucker y Edmonson, 2003). Reason (1990) también distingue, aunque la línea es tenue, entre errores y violaciones dependiendo de la intención del individuo. Una conducta puede ser negligente o temeraria -negligente con riesgos visibles- para el primer caso y debe ser intencional para el segundo. Por otro lado, un acto no seguro es más que un error, es un error cometido en la presencia de un riesgo potencial.

Sully fue el primero en hablar de errores humanos en relación con la memoria (Reason, 1990). Sin embargo, el pionero de este campo es Reason. Su aproximación fundamenta la base de la Organización de Alta Fiabilidad (HRO), al describir que todos los humanos cometen errores, por tanto errar es humano y no se puede evitar, pero se pueden controlar sus efectos (Vincent y Amalberti, 2015). A esto se suman condiciones ambientales latentes, llamadas patógenos residentes, inocentes individualmente en muchos casos, que al agruparse aumentan las probabilidades de que ocurra un error (Fenningkoh, 2005; Reason, 2016).

Reason parte del concepto que hay dos tipos de errores en una organización: activos y latentes (1990). Los primeros con consecuencias inmediatas, realizados por los operadores en contacto directo, por lo general no se pueden predecir ni evitar. Reactivamente, la medicina trabaja en entenderlos para modificar aspectos específicos, con una recurrencia muy probable. Los segundos, en lugar de errores son condiciones –fallas en el diseño- que están inactivas hasta que en conjunción con otras generan un error (Cooper et al., 2017). Éstas duran más y se presentan antes del evento, por lo que se pueden administrar (Reason, 2016). Tucker y Edmonson (2003) llaman errores de primer orden a los activos y de segundo a los latentes. Por lo general, los desastres no son creados por un hecho monumental, sino por pequeños errores de máquinas o individuos diferentes (Reason, 1990). Centrarse en eventos catastróficos pero infrecuentes ignora una gran cantidad de iatrogenia potencial, de aquellos errores más pequeños pero frecuentes (Scott et al., 2008; Vincent y Amalberti, 2015).

Muchas investigaciones sobre seguridad han utilizado el modelo del queso suizo de Reason para demostrar la capacidad del diseño en la prevención de errores. En sus primeras etapas, Reason elaboró cinco planos superpuestos que se debían alinear, con el fin de que sucediera un error (Reason, 1990). En una revisión posterior, añadió que la secuencia es cronológica para lograr que el modelo sea replicable en la mayoría de las HRO (Reason, 2016). Sin embargo, la dinámica de las interacciones continúa siendo fuente de críticas al modelo (Liu et al., 2011). Una nueva aproximación presentada por Li y Thimbleby (2014) propone pensar en un queso caliente, derritiéndose, donde los agujeros son flexibles y hay un goteo, impensado e invisible, que cae hacia la siguiente capa de defensa, propiciada por la anterior. De esta manera, el poner más líneas de defensa también crea nuevos riesgos, el personal reconoce nuevos vacíos introducidos por las nuevas tecnologías y cómo impactan en viejos problemas (Cook, 2000). Una alternativa a este modelo es el presentado por Norris (2009): primero, intentar la eliminación del error, y si esto no funciona crear barreras, mitigar y, por último y más efectivo, educar a los usuarios para prevenirlo. La heterogeneidad de los errores hace que ningún modelo pueda ser universal (Li y Thimbleby, 2014; Reason et al., 2006)

La mayoría de los entrenamientos presentan al error como no deseado, y lo es, pero también es bueno reconocerlos y aprender de ellos, ya que contienen información organizacional útil para ayudar al desarrollo y mejora de los procesos. El foco no debe estar en el error, sino en mejorar para que no suceda nuevamente (Armitage, 2009; Edwards y Furlan, 2010; Reason, 1990; Reason et al., 2006; Reason, 2016). Un error no resuelto lleva a considerar a la infracción como normal, agravando su probabilidad de recurrencia. (Vincent y Amalberti, 2015). Lo mismo ocurre con protocolos no explicados, raros, y poco sancionados, cuando se infringen (Reason, 1990). Para categorizar los errores y sus consecuencias, Reason se apoya en los niveles cognitivos de Rasmussen (1979), donde el individuo trata de encontrar la resolución basado en su habilidad (técnica), luego en las reglas (protocolos) y finalmente en la experiencia, ya sin marco referencial. Las posibilidades de resolución decrecen en un 100% a medida que pasamos de una etapa a la siguiente.

El hábito disminuye la atención consciente con la que se decide. Este mecanismo presenta un sesgo evidente y puede llevar a adecuar la información al proceso erróneo. Fryer (2012) llega a la ironía que la equivocación médica es más propensa a ser cometida por aquellos médicos con mayor experiencia porque tienen una base de conocimiento mayor que les permite trabajar en modo automático la mayoría del tiempo. En procesos críticos, el diseño debería alertar a la memoria consciente de que algunas acciones no pueden ser realizadas de manera automática. El individuo entonces necesita de mecanismos para prevenir el error, en especial

eliminar la dependencia de la memoria y cambiarlo por procesos estudiados, estandarizados, entrenados con frecuencia (Armitage, 2009).

La automatización saca a los humanos falibles de lugares críticos, pero no soluciona el problema, sino que lo traslada a los diseñadores, más alejados del usuario, que incluso pueden pertenecer a otras culturas. Esto elimina errores singulares, pero crea errores latentes, para los cuales el operario no tiene soluciones técnicas si no es entrenado (Reason, 1990, 2016). Al mismo tiempo, se requiere de una estrategia a largo plazo para reducirlos de manera sistémica ya que su reducción tiene mayores efectos sobre la seguridad que los errores activos (Vincent y Amalberti, 2016). Esto suele ser más difícil, por lo que generalmente solo se ha atendido a los errores fáciles de solucionar y dentro del ámbito de internación (Gaba, 2000). La atención primaria y ambulatoria ha sido menos estudiada, pese a que los errores de diagnóstico – estimándose que cada persona sufrirá por lo menos uno durante su vida- muestran daños severos a largo plazo (Slawomirski et al., 2017; Vincent y Amalberti, 2015). En la atención primaria, estos errores pasan desapercibidos y pocas veces son reportados dado que las decisiones surgen de consultas y relaciones muy individuales. La naturaleza adaptativa hace que la atención primaria deba poner mayor énfasis en la gestión activa del riesgo (Vincent y Amalberti, 2015). Mucho del error descansa en el diagnóstico del médico que, según el estereotipo clásico, nunca se equivoca, ya que debe tomar toda la responsabilidad por ello (Parkash, 2017).

3.2.4 No punitividad

Uno de los elementos clave de una cultura de seguridad que aprende de sus errores es la no punitividad, que parte del marco de la Calidad Total propuesta por Deming (Falco, 2013). La culpa es el juicio sobre la deficiencia de un grupo o un grupo de personas, mientras que la no punitividad recarga esa culpa en el sistema (Cooper et al., 2017). En el modelo sistémico, la persona es heredera de fallas de diseño que la llevan a errar. El objetivo de detectar los errores no es el de encontrar la culpa sino de aprender de ellos para que no vuelvan a suceder (Woodward, 2017).

La idea de la responsabilidad personal está profundamente arraigada en las culturas occidentales y es sumamente nociva (Reason, 1990). Un análisis sociológico demostrará que desde la escuela se aprende a ser responsable por sus acciones y que errar es malo (Mayer y Cronin, 2008). Ramos et al. (2017) encontraron que la Argentina no es ajena a esta tendencia. La respuesta común cuando un paciente es afectado, es querer encontrar a un culpable, pero no se debe olvidar que el profesional, por lo general, no es torpe o imprudente (Eggertson, 2014;

Reason, 1990). Cooper et al. (2017) rescatan, en un análisis de reporte de incidentes, que solo el 2% de ellos contenían errores reconocidos como propios, mientras que el 42% lo hacía directamente hacia otras personas, el restante no señalaba un culpable directamente. Manser (2009) menciona que cada individuo puntea a su profesión con menos responsabilidad que la de los demás. Inclusive los gobiernos, legisladores y medios de comunicación adoptan este modelo injusto y dañino (Guillod, 2013). Las legislaciones llevan a una medicina defensiva, que se abstiene de comunicar errores (Marx, 17 de Abril de 2001; Spector et al., 2014). Con este marco, los análisis a menudo se realizan de forma rutinaria, sin ánimo de reflexión ni aprendizaje (Vincent y Amalberti, 2015), condenando socialmente al que cometió el error (Marx, 17 de Abril de 2001).

La ilusión que el médico no puede fallar y debe solucionarlo todo es peligrosa, previene el aprendizaje, y está sumamente arraigada en la cultura médica (M. S. Donaldson, 2008; McCaughan y Kaufman, 2013; Tucker y Edmonson, 2003). Singer et al. (2009) llamaban a realizar intervenciones profundas en este sentido y Woodward (2017) ya hablaba de una mejora lenta en ésta área, especialmente en aquellas fácilmente estandarizadas como los laboratorios (El-Jardali et al., 2011). Las palabras de Liam Donaldson, reproducidas por García-Elorrio (2010, p. 2) resumen esta sección a la perfección: *“errar es humano, ocultar los errores es imperdonable, no aprender de ellos es inexcusable”*.

3.3 La organización

Para comprender mejor el funcionamiento de las instituciones de salud se debe definir lo que es una organización. Para Mintzberg, es un sustantivo, que está en una fase o proceso (2012). Otros, la ven como un set de procesos que se reestructuran constantemente (van de Ven y Poole, 2005). En ambos, el tiempo y la secuencia son decisivos. Tomando la primera definición para este Estudio, las organizaciones de la salud son una mezcla de burocracias profesionales y de configuraciones *ad hoc*. Esto porque las estructuras maquinales y profesionales deben ser capaces de responder a casos específicos de manera espontánea, en equipos de acción (Manser, 2009; Paccioni et al., 2008). El énfasis jerárquico histórico de la cultura médica de brindar autonomía y compromiso dentro de la unidad, dificulta la mejora del sistema como un todo y, paralelamente, obliga a los profesionales a compensar las fallas operacionales sistémicas con habilidades técnicas (Khatri et al., 2006; Tucker y Edmonson, 2003). Partiendo de una revisión de los roles del administrador (Koontz, 2000) se encuentra que el grado de profesionalización de los mismos está muy internalizado, representando una barrera significativa para el cambio (Mintzberg, 2012; Montgomery et al., 2013).

La teoría de la Calidad Total es el pilar que las HRO han adoptado para explicar y reducir los riesgos de cometer errores. Deming se basó en la teoría de los sistemas (Falco, 2013). Los sistemas de salud, típicamente interdependientes con múltiples relaciones directas e indirectas entre humanos y tecnología, crean círculos de retroalimentación, llevando a un comportamiento significativamente no lineal (Mayer y Cronin, 2008). Los procesos de causa y efecto en lugar de ser lineales pueden retroalimentarse e incluso invertirse. El racionalizar estos sistemas, llamados complejos, de una manera lineal, llevará a consecuencias no intencionadas (Reason, 2016). Waterson (2009) llama a alejarse del estudio puro del error para centrarse en las conexiones entre los distintos niveles del sistema.

La salud es un sistema complejo que involucra personas, procesos, pacientes, familias y tecnología (Ralston y Larson, 2005). El estudio de Clarkson et al. (2004), reveló que las organizaciones de salud necesitan entender que son un sistema dinámico muy complejo de interacciones entre diversas partes, que debe ser comprendido antes de comenzar a diseñar soluciones. Los administradores deben entender que los riesgos sistémicos son mucho más grandes que los individuales, son los que más errores producen, y que cualquier rediseño de un proceso o introducción de nueva tecnología impactará en toda la organización. La mejor estrategia será la que identifique las interacciones fundamentales entre los componentes y las intente mejorar (Arslan et al., 2015; Fenningkoh, 2005; Holden y Karsh, 2009; Mayer y Cronin, 2008; Olden y McCaughrin, 2007b). El modelo de circularidad compleja de Rich (2008) grafica, mediante un sacacorchos, el impacto colateral de un diseño sobre las demás áreas de la organización. También se debe tener en cuenta que este enfoque consumirá más tiempo y energías, ya que el diseñador deberá tener en cuenta factores cognitivos y ergonómicos relegados ante necesidades técnicas en la mayoría de las organizaciones de salud (Armitage, 2009; Gopher, 2004). Por último, los estudios de diseño realizados con el disparador de *To Err is Human* abordaron el problema sistémico, pero pocos le dieron lugar a los factores humanos, punto central del informe (O'Daniel y Rosenstein, 2008). Todos los sistemas deben posicionarse pensando en la seguridad del paciente como objetivo primario; un ejemplo clarificador es el del enfoque sistémico del Comité Europeo de la Sanidad (Arenas-Gutiérrez et al., 2010).

La seguridad del paciente dependerá, en última instancia, del operador que debe poder adaptar el sistema a la necesidad. Un operario es incompetente porque el sistema lo deja estar en un lugar donde lo es. Para esto, el operador deberá conocer el sistema y éste deberá ser suficientemente flexible para aceptar la modificación (Reason, 2016; Woodward, 2017). Bajo esta idea, el “superhombre” viola las reglas haciendo confiable el funcionamiento del sistema

(Walter y Pucci, 2007). Lo que se necesita para garantizar la seguridad son grandes operarios, no grandes sistemas, ya que el cambio será cultural y no tecnológico (Khatri et al., 2006).

3.3.1 Organizaciones de alta fiabilidad (HRO)

El riesgo no es un atributo fijo de un objeto sino la construcción en base a experiencia y circunstancias que los individuos le otorgan (Gaba, 2000). La teoría de los accidentes normales de Perrow (1984), predominante para describir las organizaciones complejas hasta la década de 1980, brindaba un panorama negativo en cuanto a la mejora para prevenir riesgos, donde la única acción posible era entender la tolerancia al error y la complejidad del problema ante un hecho de ocurrencia inevitable. En base a un accidente nuclear, Perrow elabora la incapacidad de los operarios de prevenir todos los escenarios de un sistema complejo donde la cultura de seguridad y la promoción de la vigilancia son necesarios para entender la organización, pero no suficientes para prevenir errores, a veces imperceptibles y con consecuencias catastróficas, que serán inevitables o “normales” (Cooke, 2009; Sutcliffe, 2011).

Gracias al estudio sobre el error de Reason (1990), el ámbito de la salud tuvo, en el error latente, una nueva visión inspiradora para solucionar los problemas organizacionales. La nueva teoría de alta fiabilidad permite pensar en operaciones extremadamente seguras, si se enfatizan el diseño organizacional apropiado, aprendizaje y liderazgo efectivo (Goodman, 2003; Roberts, 2009). Creada en el ámbito militar por las universidades de California y Michigan, esta teoría se basa en la prevención sostenida por la resiliencia de la organización. La estandarización de actividades es el principio de la seguridad, apoyada por un aprendizaje continuo de nuevas situaciones por parte de operarios atentos a solucionar errores de una manera segura cuando van ocurriendo (Carayon y Wood, 2009; Sutcliffe, 2011). Esta actitud positiva hacia la seguridad, en conjunto con sistemas organizacionales formales efectivos, no inmuniza de errores a la organización pero cuando ocurren, no la incapacita (Hudson, 2003). Esto se debe a que la organización se diseña teniendo presente que ocurrirán errores y que se debe planear para revertir sus consecuencias de la manera más rápida y efectiva (Reason, 2016), gracias a que operarios atentos recogen las señales de debilidad del proceso y actúan de manera resiliente a medida que se desarrolla. Sutcliffe menciona que *“el operario de estas organizaciones sabe que no sabe, pero no sabe que es lo que no sabe”* (2011, p. 140).

Las principales críticas al modelo provienen de la rigidez que implica el protocolo, llevando a una cultura de seguridad simulada (Cooke, 2009). Para evitar esto, se debe partir de un esfuerzo holístico y participativo, que tolere y administre la tensión entre los controles formales burocráticos y los continuos e improvisados ajustes (Carroll y Rudolph, 2006).

Existen herramientas que encaminan a la consecución de atributos clave para la HRO: personal entrenado continuamente y atento, protocolos para situaciones de máximo estrés, sistemas de recompensa adecuados y vinculados al desempeño, un diseño atento a moldear las situaciones sociales y relacionales de la organización promoviendo la confianza, coordinación, comunicación, trabajo en equipo y cultura de seguridad, estructura jerárquica flexible de autoridad para la toma de decisiones, y la resiliencia, aceptando que los errores ocurrirán pero que se debe tener la capacidad para improvisar de manera segura y adecuada para solucionarlo (Curran y Totten, 2011; Despains et al., 2010; Frush, 2008; Manser, 2009; Reason, 2016; Sutcliffe, 2011; Walter y Pucci, 2007; Zhao y Olivera, 2006).

3.4 La calidad y la seguridad del paciente

La calidad es una de las grandes ideas del mundo occidental, contemplada ya desde los grandes filósofos griegos (Mitchel, 2008). Es definida por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos como el grado de aumento en los servicios de salud de la probabilidad de un desenlace deseado consistente con el conocimiento profesional (Curran y Totten, 2011). Los primeros intentos de mejorar la seguridad del paciente vinieron de la mano de una preocupación general por la calidad, definida por medio de estándares. El marco de Calidad Total llama a crear organizaciones medibles, con aprendizaje continuo, lo que se alinea con los principios de una cultura de seguridad (Falco, 2013). Aunque se distingue que, al no lograr la calidad total, la salud se debe enfocar más en la calidad del proceso de mejora y en el diseño del ambiente de trabajo (Hignett et al., 2013; Squires et al., 2010).

La seguridad del paciente es descripta como un pilar de la calidad sobre el que se construyen los demás aspectos, junto con la experiencia del paciente y la efectividad clínica, tanto por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos como por diversos autores que ponen énfasis en la relación entre los tres (Doyle et al., 2013; Hignett et al., 2013; Mitchel, 2008; Sfantou et al., 2017; Stelfox et al., 2006). Ralston y Larson (2005) indican que la seguridad es el elemento más visible de la calidad. Pero de acuerdo con Woodward (2017), referirse a seguridad como sinónimo de calidad no es correcto, aunque la huella de la segunda sobre la primera no se puede negar, dado que el concepto es más amplio: Una atención puede ser de calidad, pero insegura. Zabalúa (2010) menciona un estudio de error en Unidad de Terapia Intensiva (UTI), donde la falla se presentaba en el 1% de las actividades, lo cual es un estándar alto de calidad. Por el otro lado, esto representaba más de 250 errores mensuales en la unidad estudiada de los cuales 30% eran severos. Walter et al. (2010) mencionan la dificultad para certificar seguridad en una empresa que previamente había certificado calidad debido a la

novedad del tema de la evaluación de los riesgos para los (mismos) técnicos que tomaron el proceso a cargo. Estas razones llevaron a los investigadores a encontrar industrias similares de las cuales tomar paralelismos, concediéndole cada vez más lugar a los factores humanos y ergonómicos (Vincent, 2010).

3.4.1 Paralelismo con otras industrias

La complejidad sistémica y el paralelismo con otras industrias permitió reconocer a las organizaciones de salud dentro de las HRO, con una alta interactividad de los elementos, inesperados o de difícil comprensión, y con alta integración entre sus componentes (Walter y Pucci, 2007). Son industrias que operan en un ambiente social y político implacable, con tecnologías riesgosas y procesos complejos para administrarlas, donde, debido a la profundidad, son los métodos cualitativos los que proveen la mejor herramienta de análisis de la cultura y, sobre todo, de las subculturas (Gershon et al., 2004). De éstas HRO, la salud ha rescatado y aplicado herramientas. (Chassin y Loeb, 2013; Norris et al., 2012; White, 2012; Woodward, 2017).

Si bien se han realizado comparaciones con la industria petrolera, la comparación más frecuente es con la aviación. La primera logró el cambio desde lo normativo y la segunda desde lo actitudinal (Hudson, 2003). El profesionalismo e interacción de la industria de la aviación la hace más favorable a ser comparada con una organización de salud. J. B. Sexton (2000) vinculó similitudes y diferencias entre una cabina y una sala de cirugía. Vincent y Amalberti (2015), mencionan que los pilotos cometen un error evidente por hora, y Vítolo (2010), un error no evidente cada cuatro minutos. El peligro existe, pero su administración efectiva lo compensa haciendo que volar sea seguro (Hudson, 2003). La salud también puede ser vinculada con el mantenimiento de las aeronaves, o con las operaciones de un portaaviones, con más personas trabajando de manera coordinada, en trabajos de rutina, con alta propensión a un error pequeño de grandes proporciones (Reason, 2016; Sutcliffe, 2011). Si bien en la aviación la estandarización es máxima y en la medicina no se cuenta con protocolo para todas las situaciones, hay muchas actividades que pueden y deben estar protocolizadas, particularmente aquellas que dependen de la memoria (Vítolo, 2010). La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía desarrolló guías para 80 procesos que cubren el 70% de las patologías más comunes (ACSA, 2016). Esta paradoja de la correlatividad entre estandarización y flexibilidad es uno de los principales problemas que enfrentan los trabajadores de salud dado que tienen demandas de trabajo contradictorias, cuyo estudio excede el presente trabajo (Cooke, 2009).

Las comparaciones pueden ayudar pero deben ser adaptadas, porque en la medicina el que comete el error no se daña, al menos físicamente, en comparación con un error en la cabina del avión (Groves et al., 2011). A su vez, el avión es una máquina programada y que actúa de manera predecible y replicable, sin interacción psicológica constante (Looseley et al., 2009). Otras críticas a esta comparación se basan en que en el avión se responde a un capitán mientras que un paciente puede tener varios médicos (Tamuz y Thomas, 2006), que muchos de los pacientes llegan con enfermedades que sin tratamiento serían fatales (Singh, 2009), y que al contrario de los pilotos, los médicos primero usan su juicio profesional para luego, en un papel secundario, aplicar los procedimientos operativos. A pesar de estas críticas, el estudio de Halligan y Zecevic (2011) demostró que la aviación es ampliamente el punto de referencia más frecuente en los artículos sobre la cultura de seguridad en salud.

A la luz de estos atributos y de la comparación con otras HRO, resta mucho camino por recorrer en la salud. Hace ya mucho que la medicina evolucionó desde el histórico modelo mecánico y determinista de diagnóstico/tratamiento/resultado, centralizado en la jerarquía y autoridad del médico, reactivo, donde la mirada se fija en encontrar el error puntual. El modelo HRO es proactivo, descentralizado en su aplicación y centralizado en su planeación. (Gaba, 2000; Norris et al., 2012; Roberts, 2009).

Otros aspectos particularmente complicados para la medicina son la heterogeneidad del riesgo, las distintas especialidades que conllevan interacciones más o menos riesgosas, la inexistencia de una valoración sistémica de los riesgos con una aproximación de costos, la falta de estudio sobre el factor humano, una rutina plagada de faltantes y fallas operacionales, y que el enfoque cualitativo es rara vez utilizado (Amalberti et al., 2005; Halligan y Zecevic, 2011; Slawomirski et al., 2017; Vogus et al., 2010; Waterson, 2009). Generalmente, el enfoque es multidisciplinario, brindando soluciones desde su área de desempeño, no interdisciplinario en donde se conjugan esfuerzos centrados en el paciente (Manser, 2009; O'Daniel y Rosenstein, 2008). Por último, la diferencia más importante no está en las herramientas, que pueden ser replicadas, sino en la voluntad de abandonar precedentes y creencias históricas y culturales vinculadas al desempeño y la autonomía, en búsqueda de una cultura de seguridad (Amalberti et al., 2005).

3.4.2 Las certificaciones en calidad y para organizaciones de salud

Las certificaciones son procesos de evaluación llevados a cabo por profesionales de una organización externa independiente, autorizada para evaluar la conformidad a requisitos predefinidos internamente. Generalmente, es utilizada como paso previo a una acreditación,

donde la organización externa independiente evalúa la obtención de estándares preestablecidos. Los primeros estudios sobre la efectividad de las certificaciones para mejorar la seguridad del paciente datan de 1980. En Australia, Duckett (1983) encontró que los hospitales que comenzaron el proceso de certificación nacional obtuvieron reconocimiento al trabajo de los enfermeros y una mayor concientización del significado de trabajar de una manera segura. La certificación era buscada por el directorio como un medio para obtener información comparativa con el mercado y los médicos fueron indiferentes al proceso, su participación fue descrita como no cooperativa y no informada. El autor concluye mencionando que la certificación sirve para estimular los cambios, pero no es el final del proceso. El impulso inicial debe ser acompañado por incentivos que institucionalicen la nueva rutina. Puede servir como puntapié inicial hacia el cambio en la cultura, por ejemplo, centrando la atención en el paciente a través de la creación de guías o áreas que faciliten la transformación (Pomey et al., 2004; Walter, 2009).

Si bien una acreditación abocada al ambiente de la salud es el objetivo óptimo, generalmente el movimiento hacia la calidad comienza con certificaciones generales que disparen el proceso de mejora continua. Una vez que el sistema de administración de la calidad funciona, se podrá trabajar con acreditaciones propias del área de salud (nacional e internacionales) y finalmente la organización logrará una cultura de búsqueda continua de la excelencia (Ruiz y Simon, 2004). Ayudará el haber participado de programas de calidad previos como premios nacionales a la calidad o certificaciones ISO (Flin et al., 2009; Salmon et al., 2003).

La certificación ISO 9001:2015 determina requisitos para el correcto funcionamiento de un sistema de gestión de la calidad. Lanzada en 1987, esta norma de origen industrial ha sido modificada para alcanzar a organizaciones de servicios, por lo que sus requisitos son genéricos (Dentch, 2017). El objetivo es el de evaluar que una organización tenga la capacidad de proporcionar un servicio constante que satisfaga los requerimientos de los clientes -en este caso pacientes-, aspirando a aumentar esa satisfacción a través de la administración eficaz del sistema de calidad, que se nutre de la mejora constante de procesos en las áreas mencionadas en el subtítulo de cultura organizacional.

El paso siguiente, la acreditación, formalizará los procedimientos de acuerdo con los estándares requeridos, institucionalizando la mejora continua en la cultura de la organización. Para comenzar el proceso de adopción de estándares, deberá comenzar por descubrir su situación actual mediante una encuesta para definir el tiempo que llevará lograr dicha meta, un concepto tomado de la Calidad Total (Haughon, 2017). El objetivo de estos procesos es el de

promover el cambio longitudinal en la organización mediante el aprendizaje y mejora continua, generando una transformación cultural donde se alineen normas, cultura y ética, para producir cuidado seguro y de alta calidad. (Braithwaite et al., 2010; El-Jardali et al., 2008; Giraldo-Arango y Montoya-Romero, 2013; Pomey et al., 2004; Salmon et al., 2003).

En la Argentina, la historia de la implementación de un programa de acreditación hospitalaria se remonta a la década de 1990 cuando en conjunto con organismos internacionales se crea el Manual de Acreditación para Hospitales para América Latina y el Caribe y el Manual de Acreditación para Establecimientos Asistenciales de la Argentina, ambos en 1992. En 1993 se crea el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES), como una iniciativa desinteresada de una obra social (Arce, 2001; Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud, 22 de Junio de 2019). La organización política del sistema de salud de la Argentina, dependiente de las provincias, ha sido y, es la barrera más importante para lograr un sistema nacional de mejora de la calidad y seguridad de los pacientes, quedando todas las iniciativas de certificación y acreditación relegadas a esfuerzos individuales.

3.4.2.1 Problemas con la certificación. Los efectos de las certificaciones y acreditaciones han sido poco estudiados (Braithwaite et al., 2010) y muy criticados por muchos de los profesionales de salud que la identifican como cara, burocrática y demasiado consumidoras de tiempo (Schutz et al., 2007). El grupo más reticente a incorporarlas ha sido el de los médicos, que consideran sus propios foros profesionales como el lugar apropiado para mejorar procesos (Greenfield y Braithwaite, 2008). La formalización de los procesos de trabajo en profesiones que tradicionalmente han sido autónomas y subjetivas (médicos, docentes), es la más difícil de implementar, ya que el individuo cree que se está burocratizando su juicio profesional y simplificando un proceso históricamente artesanal (Walter, 2009). La falta de mejora en las mediciones no ayuda a cambiar esa percepción.

A pesar de que haya requisitos y estándares que son centrales y siempre deben ser tenidos en cuenta, la diferencia entre lo que se debe hacer y lo que se hace es, muchas veces, amplia. Vincent y Amalberti (2015) identifican que muchas guías y normativas tendrán un efecto neutro o incluso negativo en el personal. El problema no son los requisitos, por lo general, sino la realidad. El poco tiempo sumado a problemas sistémicos, actitudes individuales, dinámicas de equipo, y limitaciones externas, hacen que la seguridad dependa mucho más de las primeras líneas que de una correcta enumeración de procedimientos. El proceso de certificación debe generar un espacio de transición, rara vez estudiado, que otorgue tiempo de educación y adaptación a la primera línea para que pueda comprender y legitimarlo

(Walter et al., 2010). La organización toma como dadas aspiraciones como la invariabilidad de variables externas, la comunicación óptima entre los individuos y su interés por mejorar la seguridad, que la llevan a esperar resultados que nunca serán realidad sin atender a las causas fundamentales previas, de las cuales depende el éxito en la certificación (Dixon-Woods, 2010).

Por último, la incorporación de nuevos requisitos y estándares ha traído nuevas formas de daño, cambiando inclusive la categorización, convirtiendo en incidentes algunos eventos que antes eran práctica habitual. Es posible que mucho de los modelos tradicionales de certificación deban adaptarse para pensar en el itinerario de atención del paciente, y no solo en protocolos a seguir y cumplir en el hospital (Vincent y Amalberti, 2015).

3.4.2.2 Beneficios de la certificación. La autoevaluación necesaria para la mejora continua puede ser vista como una etapa de desarrollo organizacional más alta, dado que sale del esquema externo para establecer un método propio (Ruiz y Simon, 2004). El iniciar reglas internas consensuadas, accionables, modificables periódicamente, elevará su cumplimiento ya que se las ve como propias, trabajando en una burocracia representativa (Walter et al., 2010). El publicar los resultados provee de incentivos para la mejora y aumenta la credibilidad con la comunidad. También existe una relación firme, uniforme y consistente, con la mejor y más extensiva implementación de sistemas de seguridad del paciente, la promoción del cambio y el desarrollo profesional (Greenfield y Braithwaite, 2008; Longo et al., 2007; Salmon et al., 2003). El-Jardali et al. (2011) resaltaron que las instituciones acreditadas reportan con más frecuencia, y sus empleados participan más en el desarrollo de los objetivos de sus departamentos si se les da la educación y entrenamiento adecuados (Paccioni et al., 2008).

Mejorar la seguridad del paciente es indispensable en la era de la moral de la salud (Woodward, 2017), pero la certificación no es indispensable, salvo que sea declarada obligatoria por las políticas nacionales, ya que representa un elevado costo en países en desarrollo donde los beneficios de la misma son, en su mayoría, prestigio y reconocimiento entre pares (Braithwaite et al., 2008). La implementación de las mejoras y programas requeridos para lograr certificaciones y acreditaciones pueden ser realizados y esperar el momento económico propicio para formalizarlos (Longo et al., 2007). Será clave aquí realizar una planificación detallada y abarcante de la implementación para incorporar a todos los actores, logrando su involucramiento positivo en la misma (Walter y Gore, 25- 27 de setiembre de 1996).

La mayor huella de una certificación se encuentra en la percepción de los individuos. Avramchuk y McGuire (2018) mencionan múltiples estudios que relacionan positivamente los factores de las encuestas de seguridad con el comportamiento de los individuos durante el

proceso. Este produce un cambio significativo en las percepciones de los individuos sobre la organización y su Dirección (Paccioni et al., 2008). Se han constatado mejoras en el desarrollo de valores conjuntos, redes de trabajo, confianza, y en la recertificación de profesionales -en los países donde esto último es un requisito- (Greenfield y Braithwaite, 2008; Pomey et al., 2004).

3.5 Cultura Organizacional

La cultura puede ser definida brevemente como el conjunto de códigos de comportamiento que identifican a una persona, un grupo o una sociedad; a quienes aporta identidad y les dice cómo comportarse entre sí, y cómo sentirse bien (Schein, 2010). Surge de los valores y presunciones de los fundadores de las organizaciones, y evoluciona por experiencia con el paso del tiempo y los nuevos individuos que se van sumando, trayendo sus propios valores y presunciones. La cultura está en un proceso de formación constante, por lo que no es estática. Sin embargo, los cambios son lentos ya que conllevan cambiar la identidad en el trabajo de los individuos.

La idea de que la efectividad de la organización se relacionaba con su cultura se puede trazar hasta los experimentos de Hawthorne (Scott, Mannion, Marshall y Davies, 2003), pero recién Pettigrew, en 1979, es el primero en definir a la cultura organizacional como el sistema de significados públicamente y colectivamente aceptados, operando para un grupo determinado, en un tiempo dado. Más adelante, se la comenzó a interpretar como un patrón de creencias y expectativas compartidas que producen normas, pudiéndose convertir en una ventaja competitiva (Vertel et al., 2013).

Es Edgar Schein (2010) quien provoca el pensamiento con las ideas que se exponen a continuación al preguntar por qué un profesor ve dos comportamientos distintos en dos clases donde la metodología es exactamente igual. La cultura es al grupo lo que la personalidad es al individuo. Su poder es avasallante, su imagen, abstracta. Se va forjando a través de la historia y la resolución positiva de eventos inesperados cuya intensidad emocional impactará con mayor o menor fuerza. De estos eventos surgen normas que permiten el funcionamiento y la integración interna, el otro pilar creador de cultura. Implica rituales, valores, comportamientos interrelacionados que se van integrando a los existentes para generar estabilidad y continuidad en el tiempo, y que van siendo modificados por situaciones contingentes del ambiente, recreándose continuamente.

Scott, Mannion, Marshall y Davies (2003) establecen que el término cultura organizacional es quizás el más difícil de definir en la literatura organizacional. Las variadas

definiciones de cultura organizacional (Braithwaite et al., 2010; Hamui-Sutton et al., 2014; Tsai, 2011; Vertel et al., 2013) son resumidas a la perfección en la definición de cultura organizacional clásica de Schein:

La cultura de un grupo puede ser definida como las presunciones básicas inventadas, descubiertas o desarrolladas por un grupo al aprender a resolver problemas de adaptación externa e integración interna, de modo que han resultado adecuadas como para ser consideradas válidas. Y por ser válidas, merecen ser enseñadas a nuevos miembros del grupo como las formas correctas de percibir, pensar y sentir en relación a tales problemas (2010, p. 18).

Schein (2010) introduce cuatro etapas cíclicas en la formación de una cultura. El ciclo se cierra cuando ocurre algún evento dramático que avisa que la cultura y la realidad organizacional ya no concuerdan y se da voz a nuevos individuos, agentes de cambio, que ya identificaban la situación, pero eran ignorados o negados.

Bajo una perspectiva fenomenológica, las organizaciones son cultura y se componen de muchas subculturas dinámicas. La cultura existe por la interacción humana, y la investigación se centra en revelar cómo los miembros dan sentido a su organización mediante símbolos y artefactos, creados y administrados por todos los integrantes (Kaufman y McCaughan, 2013; T. Scott, Mannion, Davies y Marshall, 2003; Zamanou y Glaser, 1994). Sus poderosas fuerzas deben ser estudiadas y comprendidas para poder evaluar e implementar correctamente programas de mejora en una organización. Entendiendo los paradigmas de la cultura todas las demás acciones cobrarán sentido. A su vez, las culturas son permeadas e influenciadas por la macrocultura, que son constructos nacionales, étnicos, religiosos u ocupacionales que permiten dar sentido a lo que sucede, al tiempo, al espacio, a las relaciones que reducen la ansiedad que provoca la ignorancia. Las creencias religiosas muchas veces pueden proveer ese contexto y la justificación para eventos que parezcan injustos o sin sentido (Schein, 2010).

El enfoque fenomenológico también permite dar cuenta de la existencia de subculturas. Schein (2010) avala su existencia junto con grupos más pequeños, multidisciplinarios, llamados microculturas y recomienda su estudio junto con la macrocultura para comprender la cultura. Las subculturas contienen elementos de la cultura principal, pero también tienen características exclusivas particulares de la subunidad que la comparte. Estas cambiarán por las presunciones de cada ocupación, derivadas de la tecnología que utilizan. Los estudios en el área de la salud se han enfocado en la cultura, poniendo poco énfasis en entender las unidades más pequeñas. Estas subculturas son, generalmente, más tenaces que la cultura principal y

deben entenderse antes de implementar cambios, ya que pueden presentar fuertes resistencias (Bellou, 2008; Gershon et al., 2004).

En el ambiente de la salud, coexisten subculturas y muchas microculturas, con sus respectivos climas, que pueden presentar conflictos y que vistos con un enfoque interdisciplinario de los problemas crean microculturas propias de un grupo pequeño y momentáneo, una isla cultural (Schein, 2010). Esto es algo a lo que la cultura médica no está acostumbrada. En estos casos, la cultura organizacional tiene un rol central en unificar los valores y presunciones básicas (Goodman, 2003; Mintzberg, 2018; Paccioni et al., 2008).

Las culturas presentan tres niveles de profundidad (Schein, 2010). Se toma la traducción al español utilizada por Pedraza-Álvarez et al. (2015) para distinguir los tres niveles: Producciones, Valores y Presunciones subyacentes básicas. Para entender una categoría, es necesario conocer las demás, ya que están interrelacionadas. Una vez que se crea un consenso profundo, se crearán comportamientos regulares, que se transformarán en manifestaciones visibles (clima) de la cultura. Luego de lograr la tarea sin elevar la ansiedad, serán institucionalizados y serán la fuente de estabilidad de los individuos, por lo tanto, cualquier cambio será difícil y radical, generalmente disparados por una crisis severa. Las producciones visibles de la cultura servirán para comenzar a entender las presunciones de la cultura, pero estarán matizadas por los sentimientos y reacciones de los individuos. Los valores, por lo general son tan abstractos, en algunos casos incluso contradictorios, que no se los puede probar empíricamente sino a través de la validación social, es decir, el acuerdo del grupo respecto de lo que es verdadero, fundamentada gracias al éxito repetido. Al entender el proceso de validación, se empezarán a develar las presunciones.

En el tercer nivel, profundo, no estudiado en salud hasta 2003 (Scott, Mannion, Marshall y Davies), yacen las bases que guían el comportamiento del individuo y la organización. Estas presunciones, muy validadas, se dan por sentado y moldean las reglas y normas que son enseñadas a los nuevos integrantes en los procesos de socialización. Estas guías son tan fuertes que ayudan al individuo a entender la realidad, muchas veces simplificándola, falsificándola, proyectándola o distorsionándola para que pueda ser comprendida sin afectar la veracidad de la presunción. Un cambio aquí es sumamente improbable y generará gran cantidad de ansiedad (Schein, 2010).

Un término muy relacionado a la cultura es el de clima organizacional, cuya definición tampoco es sencilla. Gershon et al. (2004) encontraron 54 definiciones diferentes del concepto. Schein (2010) propone la imagen del iceberg, en donde lo que sobresale es el clima (una producción), y lo que no se puede ver y lo sostiene, es la cultura. Ambas se superponen y

pueden estudiarse juntas, pero no son iguales (Gershon et al., 2004; Vertel et al., 2013). Estos autores también mencionan los grandes esfuerzos por validar el clima como un antecesor de la seguridad. Esto se debe a que a través de políticas, procedimientos, y prácticas, se ayuda a institucionalizar la cultura deseada (Vogus et al., 2010). Estudiar lo que se enseña a un nuevo integrante es una buena manera de entender el clima. Una vez que este gane estatus recién se divulgará la cultura, por lo que se debe observar y entrevistar a los miembros (Schein, 2010).

En salud, a pesar de haber desarrollado buenas herramientas de percepción de cultura de seguridad, es necesario entender la cultura mediante estudios más generales, cualitativos, para poder interpretar correctamente los resultados (Groves et al., 2011; Kralewski et al., 2008). No se necesita intentar cambiar la cultura hacia la seguridad, sino solo adaptar aquellos elementos de la misma que no concuerdan con la seguridad (Groves et al., 2011). Es más fácil trabajar con la cultura existente que contra ella (Katzenbach, 2013). En un choque de fuerzas, la cultura le ganará a las reglas, estándares y estrategias. Antes que un cambio de régimen regulatorio, los líderes deben buscar un cambio cultural hacia la seguridad del paciente a través de la modificación del carácter de la organización (Woodward, 2017). La cultura organizacional influirá en la percepción de lo que es normal respecto a la seguridad del paciente, e informará a los individuos sobre lo que es aceptable y lo que es castigable (Weaver et al., 2013).

3.5.1 El liderazgo y la cultura organizacional

Cultura y liderazgo son dos caras de la misma moneda (Schein, 2010). El liderazgo para la seguridad es una dimensión clave de la cultura de seguridad del paciente y del aprendizaje (Ginsburg et al., 2010; Schutz et al., 2007). Schein recomienda exponer a los administradores jóvenes a la mayor cantidad de subculturas, para que además de funciones técnicas aprendan las perspectivas y presunciones propias. En este sentido, Sammer et al. (2010) reflexionan sobre la falta de conocimientos sobre los métodos adecuados de educar a los líderes en este tema. Teleki et al. (2009) exponen que, en entrevistas, los líderes mencionaban que podían tomar mejores decisiones luego de un breve entrenamiento.

La responsabilidad de crear una cultura justa, desde la perspectiva del error, y de la seguridad, recae siempre en los líderes de la organización (Mayer y Cronin, 2008). Son los que tienen una visión general del problema, con sus oportunidades y mejoras logradas, entendiendo el cambio producido por las medidas sobre toda la organización. Imponer la seguridad del paciente como una prioridad en los profesionales, en un mundo donde se publican 2 millones de artículos clínicos anualmente (Woodward, 2017), es tarea primordial de la administración.

La habilidad para diseñar y administrar procesos efectivos hará mella en médicos y staff (Rutherford et al., 2017). La formalización del procedimiento reforzará el mensaje sobre las prioridades de la administración. Como su interpretación no será uniforme, la administración debe estar atenta a resolver problemas a medida que se implementa la estrategia (Schein, 2010). A mayor tamaño de la organización, mayor será su importancia para crear estructuras de seguridad del paciente bien definidas, con empoderamiento local para responder ante los eventos (Ginsburg et al., 2010).

Los programas de cambio necesitan contar con el apoyo del liderazgo. Los encargados de la toma de decisiones deben percibir que el riesgo sistémico es mucho más grande que el individual (Mayer y Cronin, 2008). Aunque se admite poco, la seguridad no es una prioridad en la dirección de una organización de salud (Gaba, 2000), cuando debería ocurrir lo contrario: la seguridad debe ser el valor principal por sobre la eficiencia y productividad (Vitolo, 2015). El estudio de Nembhard (2012) describió que los líderes sentían que la tarea era para otro personal, de rango intermedio, más capacitado técnicamente, a pesar de que las implementaciones sugeridas por las juntas solo eran llevadas a cabo en la mitad de las ocasiones, y se aconsejaba incluir la habilidad y experiencia en calidad como uno de los requisitos del puesto de trabajo del directivo. El avance en el número de estudios sobre junta de gobierno y seguridad del paciente en los últimos años, demuestra que existe preocupación y una relación probada entre la prioridad dada por el liderazgo y la baja en los errores (Despins et al., 2010; Flin et al., 2009; Millar et al., 2013). Muchos de los administradores no están al tanto de los riesgos que se toman, o de la falta de personal, hasta que ocurre un evento (Giraldo-Arango y Montoya-Romero, 2013; Ulrich y Kear, 2014). Justamente es ésta una de las cuatro principales actividades para que el liderazgo de seguridad sea visible, además de la cultura justa, las prioridades personales y las visitas físicas (Williams y Reid, 2009). Sobre estas últimas, los administradores deben estar presentes, informando e informándose sobre las situaciones locales. Es muy importante que el compromiso sea visible en la forma de decidir y de comportarse de los líderes, evitando caer en la falsa burocracia (Walter et al., 2010). La estrategia más común para que la dirección conozca de primera fuente la situación y fomente la comunicación es la medición correcta y las rondas. El mayor efecto de éstas, relacionadas a un incremento de la seguridad del paciente, se ha encontrado en la profesión de Enfermería (Morello et al., 2013). La inclusión de personal de farmacia en estas rondas brinda una perspectiva diferente y resalta nuevas oportunidades de mejora de la seguridad de los pacientes (Goldmann y Kaushal, 2002).

La buena comunicación es muy importante para la construcción de una cultura de seguridad (Garon, 2012; Tsai, 2011). El estudio de Salmon et al. (2003) demuestra el impacto en la aceptación de las nuevas normas cuando esto sucede. La creación de canales de comunicación para que los individuos muestren su insatisfacción se sentirá en la mejora de la cultura de seguridad (Walter et al., 2010). La estandarización de procesos de evaluación facilita la correcta y equitativa revisión, disminuyendo el tiempo abocado a esta tarea por los líderes (Charan, 2006).

La cultura justa es la balanza social necesaria para que la no punitividad pueda ser ejercida de una manera segura. Una cultura justa, será aquel entorno favorable al diálogo con sentido, con una estructura que apoye, ayudando a que los individuos compartan información sin problemas, entendiendo al evento como una oportunidad de mejora, con el objetivo de facilitar prácticas de atención más seguras, limitando conductas riesgosas y eliminando las temerarias (Giraldo-Arango y Montoya-Romero, 2013; Marx, 17 de Abril de 2001; Mayer y Cronin, 2008; Vitolo, 2015; Woodward, 2017). Las organizaciones de salud, con su estructura jerárquica vertical, tradicional, tienden a favorecer la unidad y control entre sus empleados, llevando al opuesto de la cultura justa, una cultura de la culpa, punitiva, donde el silencio organizacional toma protagonismo central (Khatri et al., 2009). Esta cultura motiva la desconfianza y el miedo, ahogando nuevas iniciativas y cambios ante el riesgo a estar equivocado. A pesar de tener 20 años de estudio, el silencio organizacional recién comienza a ser tenido en cuenta como un factor determinante en la seguridad, de los empleados y pacientes, en los últimos años (Walter, 2021), tratando de dar voz a los hasta ahora tradicionalmente mudos y olvidados protagonistas centrales de la misma. Khatri (2009) avanza mencionando que la única solución para esto radica en generar las capacidades necesarias dentro de la organización para cambiar el enfoque desde el control al compromiso, algo que solo puede ser logrado mediante el empoderamiento y la transparencia, generando una atmósfera de confianza, donde el enfoque punitivo no exista, y se estimule y premie la comunicación, pero que también establezca claramente la diferencia entre conductas aceptables e inaceptables (Vitolo, 2015).

Las políticas disciplinarias pueden ser divididas en tres orientaciones: la tradicional basada en el resultado (con el posible sesgo de severidad y ausencia de cambio en el futuro), la basada en el cumplimiento de reglas, sancionando a todos los que incumplieron una norma (consciente o inconscientemente) pero con el enfoque en el evento como una oportunidad de mejora (el peligro radica en la desactualización de normas y situaciones críticas), y la basada en el riesgo, haciendo énfasis en castigar la negligencia pero apoyando al individuo para que

reporte el error a través de una cultura positiva y segura (Mayer y Cronin, 2008; Vitolo, 2015; Woodward, 2017).

La cultura médica tradicional cierra filas en el grupo, y no permite que la información salga de él (Kaufman y McCaughan, 2013). Para vencer esta actitud, la mayor responsabilidad caerá sobre un liderazgo de seguridad que cree y mantenga la cultura justa. Mayer y Cronin (2008) definen perfectamente la cadena que lleva a la ausencia de mejoras en la seguridad. Sin una cultura justa se reportará lo menos posible cuando haya un error y menos todavía un casi error, sin reporte no habrá información fiable y por lo tanto la organización no aprenderá, y si no aprende no podrá prevenir futuros daños, es decir, no logrará una mejora en la seguridad.

Una cultura de seguridad tiene como características esenciales ser positiva y proactiva, siendo esa la primera de las buenas prácticas para lograr la seguridad del paciente (Saturno et al., 2009). Esto incluye un compromiso del liderazgo para instruir, informar, ser justo, generar un ambiente de confianza y comunicación, empoderando al personal, para que converjan las intenciones y modelos mentales entre todo el personal. Así se podrán desarrollar habilidades de trabajo en equipo interdisciplinario, reporte de incidentes, retroalimentación, aprendizaje continuo y flexibilidad, entendiendo a los trabajadores como héroes que mejoran la seguridad en lugar de villanos que cometen errores y mensajeros de las malas noticias que nadie quiere escuchar (Aboul-Fotouh et al., 2012; Chen y Li, 2010; L. Donaldson, 2002; El-Jardali et al., 2014; Jacobs et al., 2013; Reason, 2016; Stavrianopoulos, 2012; Walter et al., 2010).

Los líderes formales e informales de primera línea cobran gran importancia en la implementación de la cultura de seguridad. Su rol llega, inclusive, a ser más importante que el de los directores (Edmondson et al., 2001). Estos líderes informales, “campeones” en la jerga de seguridad del paciente, han sido un factor crítico de éxito en la implementación de programas de seguridad, puliendo objetivos individuales divergentes para priorizar el avance grupal (Ginsburg et al., 2010; Paccioni et al., 2008; Richardson y Storr, 2010).

Kane-Urrabazo (2006), expone cuatro áreas en las que el líder de equipo y el líder informal moldean la cultura. La primera es la confianza, que permite el diálogo con sentido, apoyada por una estructura justa, incorporando habilidades blandas, propias de la inteligencia emocional, como la resonancia (Squires et al., 2010). La ética organizacional será directamente relacionada a la ética del líder del equipo. En segundo lugar, el empoderamiento y delegación de decisiones permite a los individuos sentirse valorados. La gran complejidad de la salud hace indispensable el apoyo de los individuos en la decisión. Para esto el líder debe estar visible y disponible, acompañando el proceso de decisión participativa. Una estructura organizacional más aplanada, moderna y eficiente, con una mayor amplitud de control ayuda a este paso

(Schein, 2010; Squires et al., 2010; Wooten y Crane, 2003). La consistencia, es la tercera área que considerar, debiendo ser honestos, inspirando y orientando a los individuos, buscando siempre la alineación con los valores, estructura y filosofía organizacional. El grado de seguridad del paciente que exhiban fomentará la reproducción en sus liderados y su efecto se amplificará al estar en congruencia con la cultura organizacional (Kaufman y McCaughan, 2013; Vogus et al., 2010). Finalmente, el líder debe ser un mentor, comprendiendo la teoría del intercambio social y que el mayor incentivo es el social, donde la gente tiene anclas/hitos en sus carreras que los ayudan a percibir el avance. Schein (2010) explica tres tipos de avance: horizontal, vertical o inclusivo (siguiendo a la teoría del intercambio social, de *outsider* a *insider*). La carga desproporcional al salario es compensada con un liderazgo más integrado y cercano (Ramanujam et al., 2008; Schein, 2010).

Un estilo transformacional, abierto, auténtico, de liderazgo resonante, motivará una mejor relación a través de la confianza, el empoderamiento y el aprendizaje en equipo (Campione y Famolaro, 2018; Ginsburg et al., 2010; Khatri et al., 2006; Richardson y Storr, 2010; Sfantou et al., 2017). Los hospitales que más avanzan en la base de datos de la encuesta *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS), son aquellos con un liderazgo comprometido que apoya los esfuerzos para mejorar la seguridad del paciente (Braithwaite et al., 2010; Campione y Famolaro, 2018; Greenfield y Braithwaite, 2008).

3.5.2 Comunicación efectiva

La comunicación es un pilar fundamental, central, de la cultura positiva de seguridad del paciente, y no ha recibido tanta atención como debiera (Severinsson, 2013; Slawomirski et al., 2017; Zabalúa, 2010). Dos equipos médicos con similar técnica pueden tener resultados opuestos dependiendo de la comunicación y el liderazgo (Carroll y Rudolph, 2006). Un paciente internado interactúa con más de 50 personas en cuatro días, siendo el 93% no verbal (O'Daniel y Rosenstein, 2008). En un acto de atención al paciente con internación, ocurren más de 200 interacciones personales, siendo que estas son las últimas barreras para prevenir el error, deberían recibir mucha más atención (Scott et al., 2008; Woodward, 2017). La comunicación correcta soluciona la mayoría de los errores; el 91% de ellos están relacionados con la falta de acceso a información y materiales (Carayon y Wood, 2009; Tucker y Edmonson, 2003).

Longo y Hain (2014) sostienen que las habilidades de comunicación son tan importantes como las técnicas. Las palabras son poderosas, pueden herir o animar, la manera en cómo se pregunta y responde puede mucho para generar el ambiente de confianza necesario

a fin de reducir la ansiedad y generar una conversación positiva. El diálogo con sentido, incorporando habilidades resonantes, junto a una estructura que lo apoye, proveen justicia interaccional en las decisiones, y apoyan la necesidad humana de compartir y ser escuchado, facilitando el cambio cultural amplio y el estar atento a lo que dicen los pacientes (Squires et al., 2010; Woodward, 2017).

Algunas de las barreras a la comunicación clásicas son el tratar de evitar conflictos, conformidad, difusión de la responsabilidad, falta de confianza, estereotipos, cultura nacional, género, niveles de conocimiento o educación, distancia de poder, y la percepción de que el mismo sistema trabaja mejor sin críticas (Garon, 2012; Henriksen y Dayton, 2006; O'Daniel y Rosenstein, 2008).

Los enfermeros mantienen en mente las próximas 10 actividades a realizar, siendo interrumpidos inesperadamente más de 3 veces por hora, número que se eleva a 10 en las guardias (Fryer, 2012; Looseley et al., 2009). La interferencia, además de la interrupción de la tarea, es proclive a desviar el pensamiento y romper el procedimiento estandarizado. Para contrarrestar las distracciones, se ha importado de la aviación el concepto de cabina estéril (curiosamente, el término estéril fue importado de la medicina en primer lugar), donde para ciertas tareas críticas individuales se elimina el diálogo fomentando la concentración (Zabalúa, 2010).

Para la comunicación efectiva, se deben desarrollar protocolos estandarizados de comunicación en situaciones de emergencia conocidos por todo el personal (O'Daniel y Rosenstein, 2008). Todas las implementaciones en el área tienen el objetivo de luchar contra la cultura del silencio asentada en las organizaciones de salud. Se deben romper estereotipos antiguos como: el buen enfermero evita el conflicto, el único que tiene la respuesta es el médico, los errores se arreglan “dentro de casa” (Falco, 2013; Garon, 2012). Se debe hablar, no importa quién es el que está en lo correcto sino qué es lo correcto (Reid y Bromiley, 2012). El atributo cultural de silencio, tradicional en la salud, no solo es opresivo para los empleados, sino muy nocivo para la seguridad. (Cooper et al., 2017; El-Jardali et al., 2011).

El hablar, definido como el planteo de preocupaciones sobre la seguridad del paciente cuando se reconocen situaciones de riesgo contingente, es favorecido por una cultura abierta (Henriksen y Dayton, 2006). En la cultura médica tradicional, hablar es un proceso de decisión deliberado entre consecuencias positivas y negativas, percibido como una acción de alto riesgo y poco beneficio (Okuyama et al., 2014). Woodward (2017) menciona que los médicos de un importante hospital de los Estados Unidos se resisten a que un enfermero le diga que hacer. El estudio de Tamuz y Thomas (2006) menciona que los farmacéuticos no quieren ofender al

médico cuando detectan un error en la medicación. Un enfermero que detiene a un doctor en un procedimiento al ver un error, utilizando estrategias de comunicación para fomentar la fuerza necesaria para convertirse en un informante, demuestra que la virtud del respeto se ha instaurado en la cultura, pero dista mucho de ser la realidad de la mayoría de las organizaciones de salud (Garon, 2012; Kaufman y McCaughan, 2013; Richardson y Storr, 2010; Squires et al., 2010).

El liderazgo toma aquí un papel preponderante para establecer mecanismos que fomenten y protejan la comunicación. El personal hablará si percibe su apoyo de una manera fuerte y visible (Okuyama et al., 2014; Severinsson, 2013). Talleres de trabajo y una revisión del uso de la terminología pueden ser detonantes para comenzar el cambio (Starling, 2017; Vogus et al., 2010). La comunicación que promueve el cambio hacia la seguridad, brinda la posibilidad de crear equipos multidepartamentales e incluso interorganizacionales que proveen diferentes puntos de vista, creando capital social (Nembhard, 2012; Pomey et al., 2004). El hecho, ya mencionado, de que un paciente vea a tantos miembros del personal en un breve período, resalta la importancia de la educación en este sentido. Cuando el médico está entrenado en habilidades blandas, su comunicación es más efectiva y el paciente se adhiere mejor a lo indicado (Doyle et al., 2013).

3.5.2.1 Checklists. Quizás la herramienta más utilizada para fomentar la comunicación, y para la cual se han desarrollado más procedimientos es la lista de confirmación, comúnmente llamada *checklist*. Una herramienta diseñada como paso previo a un proceso, para revisar que todas las preparaciones importantes hayan sucedido (Thomassen et al., 2014). Woodward (2017) menciona que el principal fin de las *checklists* es el detener a los individuos, para que tengan un momento de conversación antes y después del procedimiento (Vogus et al., 2010). Su importancia como disparador de comunicación se ha visto respaldada por numerosos estudios, siendo el más reconocido el del *checklist* de seguridad quirúrgico de la OMS (Curran y Totten, 2011; Richardson y Storr, 2010; Thomassen et al., 2014). Singh (2009) estimaba que se evitaban cerca de cien mil complicaciones solo en el Reino Unido por las *checklists*, aunque algunos cirujanos todavía presentaban recelos ante la pérdida de autonomía en la sala. El doble chequeo, tan utilizado en otras organizaciones de alta fiabilidad para asegurarse redundancia, debe ser usado con cuidado en la salud, dado que rápidamente el personal puede percibirlo como una pérdida de valioso tiempo y conducir a realizar la tarea de manera rutinaria y superficial (Schutz et al., 2007). A pesar de esto, las *checklists* reducen la mortalidad, mejoran la obediencia a las reglas y guías, mejoran los factores humanos y reducen los eventos adversos sin haberse reportado efectos negativos por su implementación (Thomassen et al., 2014).

3.5.3 Sistemas de Reporte

Una de las implementaciones más utilizadas, es la construcción de un sistema de reportes que permita revelar oportunidades de mejora a todo el personal. Ya a comienzos de milenio, los países desarrollados empezaban a experimentar con sistemas nacionales de reportes de incidentes en salud (Schutz et al., 2007). Colombia lo hizo en 2006 mediante una legislación nacional (Giraldo-Arango y Montoya-Romero, 2013). El beneficio era claro, eliminación de subregistros, no punitividad y distribución de información homogénea. Sin embargo, la falta de educación sobre cómo reportar produjo informes breves, mundanos, basados en una reconstrucción racional de los hechos, en lugar de real, que no fueron seguidos por una investigación y una puesta en acción, llevando a que se perdiera todo el impulso inicial (Woodward, 2017).

Se estima que entre el 95 al 98% de los eventos adversos no son reportados (Bethune et al., 2012; Holden y Karsh, 2009). Paradójicamente, en las mediciones, la frecuencia de notificación es percibida positivamente por el personal a pesar de que el promedio de reportes es casi nulo (Skodová et al., 2011). En países en desarrollo, generalmente éstos están muy desactualizados, como demostró Salmon et al. (2003) en Sudáfrica, donde los centros acreditados solo tenían el 50% de los registros completos. El escenario es mucho peor en los hospitales pequeños, dado que se debe superar el concepto de culpabilidad intrafamiliar (Cooper et al., 2017). Las barreras provienen de factores personales (miedo a admitir errores, ignorancia sobre el formulario, marco legal, punitividad), de una cultura inhibidora, y de aspectos técnicos (diseño, rendimiento del software, costos de oportunidad) (Braithwaite et al., 2008). El estereotipo de perfección en medicina es la barrera más fuerte para reportar (Woodward, 2017), notándose esto en que la mayoría de los reportes son generados por enfermeros (Barbosa-Ramírez et al., 2008; Khatri et al., 2006).

Los reportes se completan con un objetivo de prevención legal, en lugar de aprendizaje, y la antigüedad es una variable de gran peso al decidir completarlo (Cooper et al., 2017; El-Jardali et al., 2011). En 20 años no se ha podido superar la primera etapa, donde todavía se asigna menos culpa a medida que la situación es más grave, denotando una cultura punitiva, en lugar de una que premie el reporte (Cooper et al., 2017; Fenningkoh, 2005). Los reportes que identifican factores sociales y sistémicos son amplia minoría por sobre los biológicos, y aun el sistema requiere de importantes refuerzos para su uso (Hudson, 2003; Li y Thimbleby, 2014).

Un aspecto clave para la buena utilización de esta herramienta es su diseño, con mediciones claras y sencillas, que evidencien mejoras concretas y ayuden a mantener el impulso inicial (Katzenbach, 2013; Woodward, 2017). En el proceso de diseño debe tenerse en

cuenta el proceso de toma de decisión de completar un reporte, acción pasiva, donde el individuo debe vencer múltiples barreras. Finalmente, para una correcta retroalimentación se debe crear un panel de expertos que valoren y entiendan la situación, con poder para actuar (Zabalúa, 2010). Para generar respuestas positivas que inciten al reporte se debe tener congruencia de objetivos individuales y organizacionales, transmitidos y reforzados continuamente, para lo cual un estatus de certificación en calidad ha probado ser beneficioso (El-Jardali et al., 2011).

3.5.4 Toma de Decisiones

Un principio básico de la Calidad Total es la discusión abierta, tanto en la comunicación como en la percepción, que se construirá desde el liderazgo, haciendo sentir al empleado valorado y escuchado, pero también desde el individuo. Aumentar el clima ético también favorecerá a eliminar barreras en este sentido (Falco, 2013; Garon, 2012; Hwang y Park, 2014; McFadden et al., 2006). La toma de decisiones conjunta genera una mejor comprensión del riesgo, reduce el conflicto interno y la culpabilidad posterior a una decisión individual. Siempre una conversación será mejor que una guía de aprendizaje (Christensen y Edwards, 2018). Kachalia et al. (2018) demuestran que el cambio producido por estos programas puede no llevar a una mejora económica, pero con seguridad llevará a un aumento del comportamiento ético y una orientación más segura del profesional. El esfuerzo debe también incluir al paciente. En un estudio de medicación, Doyle et al. (2013) encontraron que luego del entrenamiento en comunicación de médicos y pacientes, la adherencia al calendario de medicación era 50% más alta en sus pacientes. Esto se relaciona con la baja en los problemas legales encontrada por Guillod (2013). En este caso se encuentra una paradoja positiva, el paciente más informado conoce de muchos más errores, pero litiga menos.

3.5.5 Trabajo en Equipo

Típicamente, las organizaciones de salud tienen una gran deuda con la investigación y mejora del trabajo en equipo. El pronóstico no es alentador, ya que esto se repite en la educación formal en salud (Schutz et al., 2007), tanto de grado, como en las residencias médicas. Una simple mirada al proceso de toma de decisión de un residente demuestra fallas centrales en comunicación, trabajo en equipo, amplitud jerárquica y cooperación intergrupar (Farnan et al., 2008). El trabajo en equipo efectivo, intergrupar, genera sinergias que posibilitan la resolución de gran parte de los errores (Wooten y Crane, 2003). La industria de la aviación,

a modo de ejemplo, entrena a los pilotos a fin de que reconozcan rasgos peligrosos para el trabajo en equipo como el ego, impulsividad e invulnerabilidad (Looseley et al., 2009).

En cambio, el modelo industrial de control está enraizado en la cultura médica; creando unidades independientes de trabajo, “silos”, y estableciendo jerarquías tácitas estrictas donde la posición dominante es adoptada por los médicos en virtud de su lugar jerárquico institucional y experiencia profesional (Dixon-Woods, 2010). Los médicos perciben que el ambiente de trabajo es bueno en el doble de los casos que los enfermeros (Sexton, 2000). En su estudio, Khatri et al. (2006) descubrieron que solo el 8% de los médicos creía que los enfermeros debían ser parte de la decisión, inclusive si después serían los responsables. Esta distancia de control se repite con los pacientes quienes no desafían las decisiones de sus médicos, a pesar de conocer que ellos tienen una peor cultura de seguridad en lo referido a reporte y educación que los enfermeros, a quienes sí critican (Liu et al., 2014).

Las fallas en la comunicación y en el trabajo en equipo son predictores importantes de errores (Manser, 2009). Para que exista trabajo en equipo real, debe haber entrenamiento, que genere un ambiente no punitivo, coordinación, procedimientos claros y reglas de negociación, toma de decisiones conjunta, confianza, transparencia, respeto, reconocimiento y colaboración (Audet et al., 2008; O’Daniel y Rosenstein, 2008; Scott et al., 2008). Sumado a un reconocimiento significativo, niveles de personal adecuados, y liderazgo auténtico, crearán un ambiente saludable de trabajo que contrarrestará el silencio organizacional y el *bullying* (Longo y Hain, 2014). El empleado ideal de una organización que aprende dista mucho del estereotipo tradicional de buen empleado: se queja, discute con los directores por las situaciones latentes, señala vehementemente los errores de colegas, reconoce los suyos y critica constantemente los procedimientos actuales para encontrar fallas (Tucker y Edmonson, 2003).

3.5.6 Diseño Organizacional

Muchos de los directores de organizaciones de salud son médicos y enfermeros sin preparación para comprender los factores psicológicos en el rendimiento, y cómo el trabajo en equipo contribuye a mejorarlo (Khatri et al., 2006; Manser, 2009). El estilo de liderazgo *ad hoc*, típico de organizaciones médicas, será improductivo a medida que la organización crezca y se complejice, haciéndose menos colegial y cohesiva, con menos confianza organizacional, lo que a su vez agudiza la dificultad del aprendizaje de errores (Ginsburg et al., 2010; Smith y Webster, 2009). La ergonomía organizacional sugiere que el diseño efectivo debe considerar el ambiente externo e interno, y los subsistemas técnicos y humanos (Schutz et al., 2007). Para esto los diseñadores deben trabajar de forma proactiva con los operarios para mejorar el sistema

de una manera holística, no punitiva, estandarizando y simplificando procesos, incorporando la seguridad del paciente en cada descripción de trabajo. El diseñador debe tener su atención plena en el sistema ya que, paradójicamente, las soluciones propuestas por el nuevo diseño, crearán nuevas fuentes de error, llamados incidentales del diseño (Rich, 2008). Reason (2016), ejemplifica esto con los errores en medicación producidos por menús desplegables en el sistema computarizado de órdenes.

El diseño del ambiente de trabajo debe ayudar a evitar errores. Las implementaciones en esta área atienden aspectos como la codificación por colores, la estandarización de procesos para evitar el uso de la memoria, el diseño centrado en el usuario, la administración de alarmas, espacios de silencio (estériles), y lugares preparados para el intercambio de información en grupos (Despins et al., 2010; M. S. Donaldson, 2008, 2008; Norris et al., 2012). El personal es el que conoce mejor los problemas, y, siguiendo a Pareto, si se encuentran el 20% de los mismos, se habrá resuelto el 80% (Haughon, 2017). Se debe empoderar a los enfermeros ya que son los primeros en enterarse de los eventos y la principal fuente de resiliencia, puesto que interceptan el 60% de los errores, antes que lleguen al paciente (Fryer, 2012).

3.5.6.1 Falta de personal, Agotamiento físico y tecnológico

La fatiga y falta de personal son frecuentemente mencionados en las encuestas de cultura de seguridad (Despins et al., 2010; Hignett et al., 2013; Stone et al., 2007). Zabalúa (2010) equipara a 18 horas de trabajo continuo con niveles de alcohol que ya no permiten conducir. Bae y Fabry (2014) mencionan que el individuo que trabaja turnos de 12 horas es tres veces más proclive a cometer errores. A la vez, los turnos largos pierden rendimiento hacia el final de la semana (Lundstrom et al., 2002). Arslan et al. (2015) establecieron que para la seguridad del paciente, en Turquía, los mejores resultados se obtenían en el personal que trabajaba entre 40 y 50 horas por semana. Otros serios efectos del agotamiento sobre la seguridad del paciente son presentados por Montgomery et al. (2013). Por otro lado, Despins et al. (2010) mencionan los resultados positivos que un adecuado número de personal tiene sobre el índice de mortalidad y eventos adversos. Atendiendo a la falta de personal, los efectos son claramente demostrables en el deterioro en índices de agotamiento, estrés, conformidad, infecciones y costos operacionales por reinternación (Reason et al., 2006; Schutz et al., 2007).

Una de las barreras más comunes a la seguridad del paciente es la falta de personal, sobre todo en enfermería (Richardson y Storr, 2010). Ulrich y Kear (2014) encontraron que a medida que se asciende en la escala jerárquica esta percepción disminuye, convirtiéndose en una barrera imperceptible. Ramanujam et al. (2008) explican que la influencia sobre la

seguridad del paciente no viene por la carga laboral que esto implica, sino por la despersonalización y el poco control sobre las condiciones. Vogus et al. (2010) sugieren que un análisis de intercambio social podrá ayudar al líder a identificar herramientas de mejora sin nuevas contrataciones. Es decir, un cambio en el ambiente, acompañado de una cultura positiva, podrá llevar a maximizar la seguridad y mejorará la percepción de seguridad, generalmente más baja entre los enfermeros, dado que aumentarán el orgullo (pertenencia) y la cohesión (Ralston y Larson, 2005; Speroff et al., 2010; Squires et al., 2010).

En los Estados Unidos, los enfermeros son la quinta profesión con más accidentes (Stichler, 2013) y las características del ambiente de trabajo continúan complejizándose; un ejemplo claro es la cantidad espacio que se recomienda para una cama que se ha incrementado en un 50% en los últimos 40 años (Despins et al., 2010; Hignett et al., 2013). El equipamiento se adquiere sin consultarlos y sin una comprensión del impacto sobre el sistema (Clarkson et al., 2004). Esta falta de cooperación genera agotamiento cognitivo, que da lugar a la percepción selectiva. Un ejemplo claro de esto es la desactivación de alarmas (eliminación de barreras de seguridad) en las unidades de terapia intensiva, y la eliminación de alarmas automáticas de diagnóstico en el departamento de farmacia (Chassin y Loeb, 2013; Despins et al., 2010; Tamuz y Thomas, 2006).

3.5.7 Educación

La mayoría de los esfuerzos educacionales por mejorar la cultura de seguridad del paciente mostraron resultados positivos. Gordon et al. (2012) proveen un estudio completo de los temas que por lo general son tratados en los programas educativos: Comunicación efectiva, error, sistemas, aprendizaje multidisciplinario y organizacional, consciencia situacional y trabajo en equipo. En esta última área, la educación es un gran nivelador, ya que si un enfermero y un médico realizan una capacitación juntos, se fomentará la posterior cooperación y colaboración entre los mismos y sus disciplinas (O'Daniel y Rosenstein, 2008). Atendiendo a este tema, Teleki et al. (2009) mencionan la ventaja de educar equipos interdisciplinarios pioneros que luego serán campeones del cambio.

A pesar de tener alta relevancia en la cultura de seguridad del paciente por parte del personal, Gaal et al. (2011) mencionan que la educación para médicos es una de las áreas de implementación más descuidadas. Debido a que el modelo autónomo de medicina todavía es un paradigma altamente arraigado en la cultura médica, el cambio debe realizarse en mayor medida en los niveles más jóvenes. La educación formal en trabajo en equipo es importante y ha sido tradicionalmente descuidada en la educación de carreras de salud (Schutz et al., 2007).

La OMS promueve la inclusión de contenidos vinculados al tema en las currículas de las carreras de salud, pero esta todavía es menor al 10% de los planes (Ladenheim et al., 2017). Su trabajo exploratorio brinda un futuro prometedor, al ver el interés de los estudiantes de Medicina por aprender sobre seguridad del paciente y trabajo en equipo. A mediano y largo plazo, la educación modificará a la cultura (Campos-Castolo, Martínez-López, Chavarría-Islas, 2010). Las carreras de enfermería han sido las primeras en adoptar estos principios. En la Argentina, la propuesta de Gherardi (2005) para reformular el Hospital de Clínicas a fin de centrarse en el paciente y no en cátedras o médicos, no ha sido replicada.

El área de residencias médicas no ha tenido el mismo entusiasmo que la de enfermería, y tampoco ha sido tan estudiada. Sin embargo, cobra relevancia el entender que más del 80% de la actividad de internación es llevada a cabo por residentes médicos y enfermeros en entrenamiento (Bethune et al., 2012). Además del contacto directo constante, los residentes tienen una perspectiva más íntegra de la organización al rotar por los diferentes departamentos (Jansma et al., 2010). Su poca antigüedad los lleva a confiar en las normas (siempre que la situación sea normal) y a pensar en caminos innovadores ante problemas sistémicos, siendo indispensable una guía que canalice estas iniciativas y les otorgue retroalimentación, generando un círculo virtuoso (Walter et al., 2010). Paralelo a esto, estudios sobre factores humanos en residentes de los Estados Unidos, México y España, destacaron las fallas de diseño en cuanto a la comunicación y toma de decisiones (Farnan et al., 2008; Hamui-Sutton et al., 2014; Jaraba Becerril et al., 2013).

Educación y salud son dos anclas fundamentales de la mejora de un país a largo plazo, habiendo sido desatendidas en la Argentina (Gherardi, 2005). En Rosario, un programa piloto con una asignatura electiva en la carrera de Medicina reveló que, si bien la elección no fue alta, los que se inscribieron al programa reconocieron su importancia, cómo realizar propuestas de mejora y las barreras principales a las que se enfrentarán en su lugar de desempeño profesional (Spector et al., 2014). Resultado similares obtuvieron Ladenheim et al. (2017) en Buenos Aires. A los estudiantes les pareció altamente interesante el conocer cómo realizan su trabajo los enfermeros, con énfasis en la seguridad del paciente y todos recomendarían la materia a sus compañeros. Este resultado invita a diseñar un sistema educativo que desarrolle las habilidades de trabajo en equipo, muy necesarias para la moderna y multidisciplinaria profesión de la salud.

3.5.8 Breve mirada a la cultura actual de las organizaciones de salud

Luego de 20 años de estudios y trabajo sobre la cultura organizacional médica los resultados no son tan satisfactorios como se esperaba. La resistencia al cambio es muy fuerte.

(Ulrich y Kear, 2014). El dilema entre producción y seguridad presente en la mayoría de las HRO no escapa a la salud, de costes incrementales e ingresos opuestos, que acotan la definición de seguridad (Vogus et al., 2010). El ambiente dinámico, la complejidad inherente de tratar con enfermedades y seres humanos, un diseño organizacional inadecuado, lleno de fallas operacionales y una cultura jerárquica estricta, inflexible, punitiva y de silencio han sido barreras que no se han podido superar (Looseley et al., 2009; Olden y McCaughrin, 2007b). Los que han querido cambiar el modelo se han sentido como “lobos solitarios” (Teleki et al., 2009).

La cultura tradicional, que enfatiza una práctica sin errores, no sirve para detectar las fuentes del error, donde el médico es un héroe solitario (Mintzberg, 2018; O’Daniel y Rosenstein, 2008; Tucker y Edmonson, 2003). La medicina está acostumbrada a rever casos pero el enfoque no punitivo es rara vez utilizado (Gaba, 2000). El diseño no está pensado para esto. No existe una clasificación que ayude a entender que es un error y un casi error, por lo tanto un mismo resultado es calificado de diferentes maneras (Tamuz y Thomas, 2006). El marco legal tampoco ayuda a cambiar esta perspectiva, llevándola a ser defensiva, a prevenir la comunicación (Guillod, 2013; Spector et al., 2014). Se investiga solo para prevenir demandas, no con el ánimo de aprender (Cooper et al., 2017). A la vez las nuevas leyes, como por ejemplo el no pago de los *never events* de Medicare, quieren incentivar el cambio, aunque sea desde lo coercitivo. Regulaciones sobre reevaluaciones periódicas, para mantener la licencia, testeo y uso de medicamentos, siguen esta línea (Guillod, 2013).

En el Siglo XXI, el paciente ha ganado autonomía, consciencia sobre sus derechos y ha hecho uso de estos a través de recursos legales. Siguiendo esta tendencia, las organizaciones de salud han girado hacia la prevención, sin embargo, siguen con su estructura tradicional, jerarquizada, que promueve la creación de unidades de trabajo con poca confianza, sin dependencia y con mayor tendencia al error. Este modelo tecnológico de volumen, centrado en priorizar todos los recursos en sanar al mayor número posible de pacientes obviando protocolos y atención de calidad de ser necesario, pone al médico a la cabeza de una pirámide con escalones claramente delimitados (Giraldo-Arango y Montoya-Romero, 2013). El médico es la cabeza competente y el resto del equipo no debe salir del protocolo (Cooke, 2009; Eidesen et al., 2009).

Montgomery et al. (2013) citan a Mintzberg, al explicar que el grado de profesionalización de los roles está tan internalizado que representa una barrera importante al cambio. La autonomía que recibe el médico dificulta la mejora, ya que ve a los intentos para mejorar la seguridad como una interferencia. Esto se debe a que no fue su idea, no conoce los

resultados, y la cultura punitiva lo tendrá como responsable (Khatri et al., 2006; Vogus et al., 2010). Un ejemplo claro es la poca predisposición a completar la herramienta de diagnóstico de la cultura de seguridad, algo que también sucede en la Argentina (Ramos et al., 2017). Esta cultura de estatus superior y autónomo del médico crea una censura cultural, el hecho de darse cuenta de que se está actuando mal pero no poder decir nada, que restringe la comunicación (Olden y McCaughrin, 2007b). Un cambio cultural en la jerarquía no implicaría que el médico perdiese su autoridad, sino que se debería ajustar a las nuevas condiciones, que dependen, además de la tecnología, de los datos verbales que brinda el resto del equipo, convirtiéndose en un socio, no un dictador (Edmondson et al., 2001). Además del bajo poder de decisión que los médicos creen que los demás integrantes del equipo deberían tener, los comportamientos intimidantes o irrespetuosos iniciados por médicos e inclusive entre enfermeros de mayor experiencia (Chassin y Loeb, 2013; Longo y Hain, 2014) deterioran la confianza y detienen la comunicación, inclusive cuando se está frente a faltas graves (Henriksen y Dayton, 2006).

Fryer (2012) explica la ironía de que los errores más grandes e insondables son realizados por los que tienen mayor técnica y experiencia. La implementación de un programa de mejora de seguridad ha sido más cómoda y efectiva en los laboratorios y áreas técnicas donde el proceso es fácilmente estandarizado y existe una cultura positiva (El-Jardali et al., 2011). Casi la totalidad del personal de salud cree que los enfermeros son los responsables primarios de la salud del paciente (Ramanujam et al., 2008). Es lógico pensar entonces en que deben ser escuchados y en que deben querer hablar. Este grupo ha sido el que ha tomado la iniciativa en educarse sobre seguridad del paciente y es el que peor puntúa en percepción de seguridad, pues considera que la organización está demasiado burocratizada (Ramanujam et al., 2008; Speroff et al., 2010).

La cultura es una condición necesaria pero no suficiente para lograr la seguridad del paciente (Nieva, 2003; Olden y McCaughrin, 2007b). Es la base que incrementará o frenará la receptividad y adopción de las iniciativas (Slawomirski et al., 2017). Necesita estar acompañada de estrategias y recursos que la orienten en esa dirección. A la vez, invertir en implementaciones tecnológicas será un gasto inefectivo si no se cambia la cultura que la utilizará (Khatri et al., 2006).

3.6 Cultura de seguridad del paciente

La cultura de seguridad del paciente es una faceta de la cultura organizacional tan importante, que es requerida desde 2009 por JCI para ser acreditado (Chassin y Loeb, 2013; Slawomirski et al., 2017; Vogus et al., 2010). Su origen se remonta al análisis del desastre

nuclear de Chernóbil (Groves et al., 2011), pero su estudio real comenzó a mediados de la década del 90, con la separación entre el énfasis en calidad y en el daño, tratando de identificar estos últimos para evitarlos (Vincent y Amalberti, 2015).

Halligan y Zecevic (2011) afirman que la definición de cultura de seguridad tiene la precisión de una nube. Si bien la OMS ha tratado de estandarizar su terminología, la definición todavía es poco precisa (Carayon y Wood, 2009). La definición en la década pasada hacía referencia a la ausencia de daño, un enfoque negativo, que no ayuda a promover la seguridad ni a prevenir el daño (Mitchel, 2008). Es muy difícil medir la mejora en seguridad midiendo la ausencia de algo (Woodward, 2017). El nuevo enfoque identifica a las políticas, procedimientos, metas y descripciones de trabajo centradas en seguridad como arreglos superficiales que llevan, pero no son, valores que modificarán la cultura de seguridad (Woodward, 2017). La definición de la Fundación Nacional para la Seguridad del Paciente del Reino Unido enfoca aún más la nueva visión haciendo énfasis en la retroalimentación que genera un aprendizaje constante y un cambio oportuno en el proceso para prevenir recurrencia de errores (Campioni y Famolaro, 2018).

Hollnagel (2015) desarrolla un trabajo bisagra para entender la seguridad del paciente, en el cual distingue la Seguridad I y la Seguridad II, dos puntos de vista sobre la seguridad compatibles y complementarios. En el primer caso, se la entiende como la ausencia de error, pero como es imposible, se contenta con mantenerlo en un bajo nivel. Se define la seguridad a través de la no seguridad, y siempre se estudian y analizan casos extremos. Es un enfoque que utilizaban las HRO en 1970 y que adoptó la salud en los 90, sin tener en cuenta el grado de complejidad de la industria en el Siglo XXI. Se busca una solución simple, limpia y tecnológica con relaciones causa-efecto, reactivas, rastreando el problema hasta la raíz, mediante métodos cuantitativos, con ambientes específicos y sin variabilidad.

En la Seguridad II, todavía existen eventos adversos, pero el centro está en entender los mucho más frecuentes eventos favorables, para entender la razón por la cual un evento salió bien para luego analizar cómo podría haber salido mal. Es una búsqueda proactiva que recae con mayor fuerza en el diseño y la tecnología. En lugar de ver a la seguridad como un costo se la ve como una inversión, donde lo que se busca es mantener al sistema funcionando de una manera aceptable bajo condiciones variables. El diseñador trata de eliminar los errores del operador automatizando, pero en aquellas tareas de alta variabilidad lo utiliza para encontrar la opción más segura. El operario es la fuente de soluciones, no de problemas. Es él quien hará el ajuste sensible en el sistema para que sea seguro. Las organizaciones de salud necesitan más de cuidado que de una cura (Mintzberg, 2018).

Vincent y Amalberti (2015) destacan que el objetivo principal siempre será reducir el daño a los pacientes, pero el abordaje se hace, ahora, desde una perspectiva de gestión de riesgo a lo largo del tiempo, a nivel sistema, centrándose en modificaciones a largo plazo y no en eventos específicos. La seguridad no es una tarea, es una forma de pensar, no es un procedimiento, sino vigilancia constante. Por lo tanto, está dispersa en cada empleado (Woodward, 2017). En la medida en que se van descubriendo más elementos de riesgo, evitando definirlo como algo estático y estrecho, las prioridades cambian y ya no se piensa en la seguridad absoluta sino en la ultraseguridad. La creación de redes de contención para mitigar el riesgo basado en crisis anteriores ayuda a gestionar las nuevas, más fuertes (Walter y Pucci, 2007). La estandarización de ciertos ítems y procedimientos realizados en crisis anteriores permitirá no comenzar de cero en cada oportunidad.

3.6.1 Medicina centrada en el paciente y su integración a la organización

El interés por hacer de los pacientes el centro de atención de los sistemas de salud está presente desde 1980 (Giraldo-Arango y Montoya-Romero, 2013), además de ser mencionado en el informe *To Err is Human*. Ha tomado nuevas fuerzas en los últimos años tras los pobres resultados del enfoque en la calidad por áreas y luego de la campaña de la OMS al respecto. Se está reformulando el concepto de seguridad del paciente para entenderlo a lo largo de la estadía del paciente en el centro de salud, desde la perspectiva técnica y no técnica (Noble Compañía de Seguros, 2017; Vincent y Amalberti, 2015). Bajo el esquema tradicional, el paciente (individuo, familiares, amigos y todos aquellos que abogan por él), es un consumidor de servicios sobre el cual recae la tarea de coordinar su atención, sin tener los conocimientos, ni herramientas básicas para hacerlo (Weinberg, 2002).

Los intentos de modificar la estructura tradicional centrada en especialidades hacia una centrada en la estadía del paciente no han prosperado, y las certificaciones internacionales no hacen énfasis en el tema a pesar de que ha sido vinculada a mejores niveles de seguridad, resultados y aumento de confianza (Braithwaite et al., 2010; Gaal et al., 2011; Gherardi, 2005; Slawomirski et al., 2017). Estas mejoras provienen de la información que solo el paciente puede brindar. El paciente está lleno de información única sobre el proceso de atención, y una comunicación abierta los convertiría en aliados organizacionales para la seguridad (Doyle et al., 2013; Kaufman y McCaughan, 2013; Sherwood y Zomorodi, 2014). Pueden ayudar con la vigilancia y la detección de problemas, la elección de tratamiento, la provisión del mismo y con la compensación de problemas sistémicos de manera similar a los enfermeros, ya que serán los primeros en identificar eventos adversos (Holme, 2009; Vincent y Amalberti, 2015). Se

debe tener en cuenta que el paciente y su familia intentarán entender los aspectos técnicos de su situación, pero su satisfacción será mucho mayor por aspectos relacionales (no técnicos) que pueda recibir (Bell y Martínez, 2018). Para esto se debe entrenar al médico en la escucha activa y la inteligencia emocional, y al paciente para que sea más activo en las consultas (Stavrianopoulos, 2012).

3.6.2 Pasos del cambio cultural

Hudson (2003) modifica el modelo de Westrum para demostrar que a medida que la información y la confianza crecen, la cultura de seguridad evoluciona de la siguiente manera:

- **Negación:** No importa que existan errores si estos no dañan al paciente, o si un tratamiento posterior puede corregirlo.
- **Reactiva:** Se reacciona una vez sucedidos los errores, que sirven de disparadores. Son ataques puntuales al modelo tradicional, de la mano de personas que intentan, individualmente, lograr la seguridad del paciente desde su lugar de trabajo. Generalmente, la ausencia de estadísticas hace que estos pioneros trabajen basados en impresiones más que en datos sólidos. Deben enfrentarse a todo un sistema y cultura establecidos.
- **Burocratización:** La organización comienza a adueñarse del movimiento de la seguridad del paciente. Desarrolla mediciones propias y se da cuenta de que hay mucho camino por recorrer. Se crean posiciones dedicadas a mejorar procesos y cultura. Es una época de euforia por la estadística y descripción de procesos y puestos. Las nuevas implementaciones generan incidentes de diseño y los canales de comunicación organizacional trabajan a toda capacidad, en todos los sentidos. Aquellos en contra del cambio, elevan sus más elevadas barreras para mantener la rutina tradicional.
- **Proactiva:** Superado el énfasis en la formalización, e instalada la cultura, se desregulan muchas de las actividades, dejándolas a cargo de sus operarios. Al no estar institucionalizada, la cultura de seguridad del paciente necesita de refuerzos constantes por parte de los altos mandos y el personal calificado en el área, que continúen con el proceso de rutinización. Los pocos abstemios al movimiento quedan aislados y elevan barreras cuando pueden, siendo su efecto es cada vez menor.
- **Generativa:** La seguridad es el modo de trabajar, la nueva cultura está institucionalizada. Esta cultura tendrá la suficiente fuerza para soportar las presiones del ambiente externo, y flexibilidad para adaptar nuevas estructuras que faciliten el comportamiento seguro, el hacer bien las cosas y dificultar el hacerlas mal. El personal

se encuentra comprometido con la mejora continua, buscando, de manera independiente, fallas en su trabajo que atenten contra la seguridad del paciente (Charles et al., 2011; Flin et al., 2006; Kralewski et al., 2008).

Este proceso es traducido en estrategias de acción, que se adaptan al ambiente económico y político, interno y externo, dándole tiempo al personal para adaptarse a los cambios (que está acostumbrado a una estrategia que sirve ante las fallas conocidas), y tratando de lograr un diseño liviano que evite la aglomeración de guías y procedimientos que atenten contra la puesta en práctica de las mismas (Schutz et al., 2007).

El cambiar un hábito traerá a la luz opciones y decisiones. La flexibilidad e innovación deben ser parte de la nueva cultura de seguridad. Las organizaciones de salud son escenarios perfectos para ser estrictos en un momento y adaptativos en el siguiente (Vincent y Amalberti, 2015). En este sentido, Amalberti et al. (2005) distinguen entre tareas que podrán ser ultraseguras, como el banco de sangre, otras en las que se deberá trabajar con alta confiabilidad (cirugía) y otras donde se deberá optar por un modelo ultraadaptativo, con alta autonomía y prioridad a la experiencia personal sobre el procedimiento, ya que la propensión al error es exponencialmente más alta, por ejemplo en la medicina innovadora. En algunos de ellos, será necesario atenerse a guías y procedimientos, mientras que otros deberán ser más flexibles para darle mayor autonomía a sus actores con el objeto que estos encuentren el accionar más seguro (Schein, 2010).

3.7 Cambio organizacional

En una organización estática, la velocidad de los cambios actuales genera atraso y aumento de inseguridad. Cuando el contexto externo cambia, por ejemplo, por una certificación externa o un cambio tecnológico -el estudio de Barley (1990) lo evidencia claramente-, genera presión sobre el ambiente interno, que se vuelve más turbulento, haciéndolo disfuncional (Schein, 2010; Walter, 2009). Muchas veces las normas llevan a una rigurosidad excesiva que debe ser descongelada, en términos de Lewin, creando la motivación para cambiar (Katzenbach, 2013). Son los mismos individuos los que deben sentir la necesidad del cambio para que alcance a las presunciones básicas, en teoría indebatibles, y se asiente en la cultura (Charan, 2006; Schein, 2010; Vincent y Amalberti, 2015; Woodward, 2017; Zamanou y Glaser, 1994). Si los individuos entienden, aceptan, y apoyan el cambio voluntariamente, las resistencias serán muy débiles (Charan, 2006; Khatri et al., 2006). El 84% de médicos están dispuestos a cambiar si el argumento es convincente (Haughon, 2017). La intención, menciona Jansma et al. (2010), es el antecesor inmediato al cambio comportamental. En línea con esto,

Walter et al. (2010) menciona que el proceso de cambio consta de reorientar el sentido de la colaboración y los esfuerzos de las partes, no de realizar cambios milagrosos. El cambio es muchas veces impulsor de errores, una tarea rutinaria realizada por una persona con motivación y competencia es más de 100 veces menos proclive a llevar al error que una tarea completamente nueva (Reason, 1990, 2016). El cambio es un proceso de aprendizaje que genera mucha ansiedad, inclusive más que la generada por las condiciones que lo impulsaron, lo que se traduce en una resistencia fuerte, irrazonable, por lo que se debe crear una red de seguridad psicológica para aminorarla (Charan, 2006; Schein, 2010).

El paso más difícil, pero importante, para mejorar la seguridad será lograr el cambio cultural (Ralston y Larson, 2005). El cambio es considerado como un emprendimiento muy difícil en organizaciones de salud desde la década de 1980 (Duckett, 1983). Schein (2010) llama desvío práctico a la adaptación del proceso formal a la situación, para luego normalizar el nuevo proceso. Esto sucede porque no todos los cambios implementados son positivos, algunos tendrán consecuencias disfuncionales que deberán ser rediseñadas (Scott, Mannion, Davies y Marshall, 2003). En este sentido, es muy importante permitir a los operadores ser parte de la creación de las normas, generando un círculo virtuoso (Walter et al., 2010).

Efectos comunes al cambio cultural cuando se lo identifica como negativo son la agresividad, sabotaje, desconfianza, confusión y aislamiento (Looseley et al., 2009; Pauley y Pauley, 2012). A su vez, algunos factores estructurales, las lealtades profesionales, la influencia externa, la falta de liderazgo y sistemas apropiados, la punitividad, falta de trabajo en equipo y entrenamiento no técnico, y carga de trabajo excesiva, hacen que el cambio sea aún más resistido en las organizaciones de salud (Looseley et al., 2009; T. Scott, Mannion, Davies y Marshall, 2003). Schein (2010) menciona actividades que pueden contrarrestar la resistencia y crear seguridad psicológica: una visión positiva, entrenamiento formal e informal, empoderamiento, práctica y retroalimentación, modelos, grupos de ayuda, y sistemas y estructuras alineados con la nueva manera de pensar y trabajar. Los elementos externos pesarán para que se priorice su elección, pero los mayores resultados se han visto con un cambio integral lento, mediante programas generalizados (Strebel, 2009). La operacionalización paulatina del proceso hará que el cambio sea imperceptible pero constante (Charan, 2006).

El cambio es un proceso dificultoso donde el liderazgo operativo toma mucha importancia, ya que el poder de aceptación y pertenencia influenciará a los detractores del proceso (Charan, 2006; Zamanou y Glaser, 1994). También será función del líder velar por la distribución pareja de recursos, ya que aquellos proyectos con resultados parciales favorables generalmente tienen favoritismo a la hora de asignar recursos. Una cultura de seguridad confía

en que las personas puedan hablar con confianza, apertura, honestidad, perdón, compasión y amabilidad, siendo el rol de los directivos clave para que el impulso inicial perdure en el tiempo (Garon, 2012). Cuando la interacción entre el líder y sus liderados es buena, los últimos contribuirán y colaborarán más (Tsai, 2011).

La transición cultural puede ser lograda de forma sistemática, incluso en condiciones no tan favorables (Charan, 2006). Para facilitar este proceso, se debe ser cuidadoso en incluir representantes de todos los niveles en el diseño, estrategia de implementación y monitoreo, para lograr la mayor apropiación posible, con un enfoque de abajo hacia arriba, para lograr un cambio perdurable, entendiendo la importancia de los canales informales como refuerzo de los formales (Katzenbach, 2013; Stock, 1996; Woodward, 2017). Para que sea exitosa la implementación debe ser hecha a medida, de manera colaborativa, y ser multifacética, alcanzando dimensiones estructurales, procedimentales y contextuales (Scott, Mannion, Davies y Marshall, 2003). Es la suma de los factores lo que provee el marco para cambiar (Woodward, 2017), por lo tanto la aproximación debe ser multiestratégica (Stichler, 2011; Vincent y Amalberti, 2016). Si en esto se falla, llevará al 70% de las implementaciones a no lograr sostenibilidad (Woodward, 2017).

Scott et al. (2008) evidenciaron muy buenos resultados cuando los médicos de primera línea se involucraron en el diseño, implementación y monitoreo de las acciones de cambio. Se debe comenzar por la instrucción, modificando técnicas y estructuras (elementos duros), para luego evolucionar hacia los conceptos más blandos y profundos (Sirkin, 2005). Las teorías de la naturaleza humana para motivar a los individuos evolucionaron de un incentivo monetario, al social y variable, donde los individuos poseen anclas en sus carreras que ayudan a percibir el avance (Schein, 2010). Sin embargo, las políticas de recompensa y bonos como el pago por rendimiento son especialmente importantes para incentivar a médicos a iniciar el cambio (Olden y McCaughrin, 2007b).

A mediano y largo plazo, la educación es la mejor estrategia para modificar la cultura (Campos-Castolo, Martínez-López, Chavarría-Islas, 2010). En el corto plazo la regulación tendrá el mismo efecto, pero un cambio de comportamiento fundado en normativa funcionará tanto tiempo como ejerza poder la misma; no se puede obligar a un individuo a aprender y que esto modifique paradigmas. La práctica y el resultado favorable constante formarán los hábitos necesarios para el cambio (Schein, 2010). Si no hay un cambio de los paradigmas el resultado será solo superficial, el consenso no se logrará. y a través de las subculturas se disminuirá la habilidad interna de afrontar el ambiente externo (Schein, 2010).

3.8 Implementación de programas de mejora

3.8.1 Tipos de Implementación

La implementación es el proceso organizacional de diseminar, adoptar, afirmar, expandir y mantener las buenas ideas (Woodward, 2017). En las últimas dos décadas han proliferado distintas aproximaciones en busca del cambio hacia una cultura de seguridad del paciente. Cada estrategia ha dejado su enseñanza. La OMS, junto a JCI, han lanzado iniciativas mundiales sobre temas puntuales que, a modo general, han mejorado la seguridad del paciente, como el cuidado con la medicación, identificación de pacientes y tratamiento a realizar, comunicación, higiene de manos, y un puñado de *checklists* (Arenas-Gutiérrez et al., 2010). Sin embargo, Falco (2013) detectó que en Estados Unidos solo 1,5% de los centros de asistencia habían implementado historias clínicas electrónicas, 9% tenía registros básicos electrónicos, se trabajaba más de lo recomendado, e intervenciones simples como la higiene de manos tenían poco cumplimiento. El riesgo inevitable de un cambio es ir muy rápido a la implementación, sin entender el comportamiento objetivo, los procesos técnicos y sociales a alterar, y cómo se logrará (Starling, 2017). Woodward (2017) también advierte sobre la falta de investigación del momento y ambiente oportunos para ejecutar un proceso de implementación, atendiendo a la clave del problema: el diseño participativo.

Vincent y Amalberti (2015) clasifican en cinco categorías a las estrategias: (1) Protocolos y reglas clave, (2) Implementación de nuevas tecnologías, (3) Control de riesgos de la autonomía profesional: La salud es un ambiente con alta propensión al error y los médicos saben poco sobre las variedades del error humano (Reason, 2016). (4) Trabajo en equipo, resiliencia e inclusión de pacientes, y (5) Atenuación del daño y segundas víctimas: Para ello debe haber planificado cuál podría ser el mismo y tener un plan de contingencias, tanto legal, como psicológicos para el paciente, su familia y el personal afectado, dado que en la mayoría de los casos, luego del hecho tendrá un rendimiento deficiente y constituye un riesgo para futuros pacientes (van Pelt, 2008).

En función de esto, Waterson (2009) revisó las implementaciones publicadas y encontró un amplio abanico de ellas, en su mayoría estrategias de protocolización y normatización. También encontró esfuerzos en lo referido a los factores humanos con énfasis en la tecnología, el cambio y la seguridad, y el error. Estas aproximaciones, de arriba abajo y retrospectivas, en la mayoría de los casos, han sido contraproducentes. El personal se ve cansado de los esfuerzos y lleno de instrucciones (Woodward, 2017). En 2017, Starling presenta un nuevo modelo de cuidado que comienza desde lo local, de abajo hacia arriba,

involucrando a la primera línea desde el comienzo del diseño, distribuyendo los roles de toma de decisión, invirtiendo en el desarrollo de los individuos en todos los niveles y adaptándose continuamente.

3.8.2 Seguimiento proactivo de la implementación

Partiendo del principio de que no se puede mejorar lo que no es medido (Curran y Totten, 2011), el seguimiento del proceso se debe hacer de una manera multifacética (Charan, 2006): con indicadores que describan los valores actuales de la cultura, procesos que cambian la forma de trabajar, programas de apoyo y estructuras para que la nueva cultura crezca. El enfoque debe ser sistémico, teniendo en cuenta factores humanos para tratar de crear confianza, imponiendo metas claras, dedicando tiempo de trabajo a los individuos, y desarrollando alianzas con centros de investigación universitarios (Hoff y Sutcliffe, 2006). La información debe ser completa y la implementación claramente medible (Olden y McCaughrin, 2007b). En línea con esto, en un estudio reciente sobre los programas de implementación registrados en la base de datos de AHRQ, la vasta mayoría lo hacía en el área de medición e implementación en el corto plazo. Menos citados eran los programas de liderazgo y calidad, y aquellos programas destinados a mantener la cultura en el tiempo y la importancia de las primeras líneas (Campione y Famolaro, 2018).

En un nivel general, se sugiere que, para ser exitosa, una implementación debe demostrar visibilidad con estadísticas, tener una alta participación de la dirección, diseñarla para que resulte simple e intuitiva para reducir las horas de entrenamiento (teniendo en cuenta la restricción de tiempo de la mayoría del personal de salud). Otras características de éxito incluyen: adoptar el aprendizaje en unidades multidisciplinarias e interorganizacionales, mezclando estrategias blandas con intervenciones técnicas, fomentar la comunicación, probar y adaptar tantas veces como sea posible, reconocer y recompensar las acciones favorables de los individuos, utilizar un estilo de liderazgo transformacional y campeones departamentales (Nembhard, 2012; Squires et al., 2010; Weaver et al., 2013; Woodward, 2017).

3.8.3 Implementaciones tecnológicas

El uso de la tecnología será clave para hacer más seguros los procesos. El uso de algoritmos que aprendan cuáles son los patrones de riesgo del hospital, es el futuro que se avecina. Los estudios piloto alertan sobre posibles pacientes de riesgo para que se puedan tomar medidas preventivas (educación para el paciente y la familia, programas de transición al hogar, llamadas de seguimiento). Inclusive, los algoritmos de riesgo pueden tomar información de

fuentes indirectas como las redes sociales para develar fallas sistémicas expuestas por los pacientes y sus familias; un *community manager* puede incrementar la satisfacción del paciente, establecer un diálogo efectivo y mejorar la imagen de la organización (Glover et al., 2015; Vincent y Amalberti, 2015). A nivel país, Griffiths y Leaver (2018) incentivan a la adopción de sistemas de agregación de datos de la mayor cantidad de fuentes posibles, incluyendo las redes sociales, para priorizar inspecciones a aquellas con mayor riesgo.

Contrario al avance mundial, en salud, los esfuerzos por modernizarse son magros y la información en formato electrónico, insumo clave de estos algoritmos, escasea (University of Kansas Health System, 2017). Se debe diseñar con cuidado el proceso de implementación de una nueva tecnología, teniendo especial cuidado en la selección de miembros que prepararán, evaluarán y luego reflexionarán sobre la misma (Carayon y Wood, 2009). La idea central de la mejora tecnológica es que ésta debe ayudar al operario a trabajar de una manera más segura (Nolan, 2000). Esto no siempre sucede. Carayon y Wood (2009), luego de la implementación de un sistema de historia clínica digital, encontraron una mayor dependencia de las computadoras, y más carga de trabajo que llevó a una baja en el rendimiento. En Colombia, la mala velocidad de las computadoras también llevó a una baja en el rendimiento, en este caso de residentes (Barbosa-Ramírez et al., 2008). La implementación de un sistema centralizado regional de medicamentos clasificaba eventos triviales como de alto riesgo, lo que llevaba a los farmacéuticos, que no habían sido consultados en el diseño, a saltar todas las alarmas, incluyendo aquellas que presentaban verdaderamente un riesgo elevado (Tamuz y Thomas, 2006). A pesar de esto, las implementaciones tecnológicas son las que más éxito han tenido y más se han estudiado (Gaal et al., 2011), por ejemplo con transiciones, acceso a la información, identificación de pacientes y manejo de medicamentos, siendo también las implementaciones más onerosas (Slawomirski et al., 2017).

Una de las implementaciones tecnológicas más comunes es la del control de medicamentos. Las últimas décadas han visto un cambio en la posición de atención de los hospitales, con un aumento de las enfermedades crónicas y una disminución de la estadía del paciente en el hospital. El proceso de alta es el período de mayor vulnerabilidad del paciente quien tiene, estadísticamente, un alto nivel de reingreso por eventos adversos (23%-35%). La mayoría de estos por mala administración de medicamentos, siendo olvidados en los clásicos sistemas de reporte (Vincent y Amalberti, 2015; Woodward, 2017). Los pacientes no siempre conocen lo básico sobre la medicación, sumado a una ineficiente explicación por parte del profesional, a la similitud de diseño de los mismos y a las prácticas a veces muy complejas de administración (Noble Compañía de Seguros, 2017; Salmon et al., 2003). Schutz et al. (2007)

contrastan el gran avance en seguridad de un sistema electrónico de medicamentos (55% menos de error), contra la poca implementación de los mismos (a la fecha del artículo menos del 15% de los hospitales de los EE.UU.). El uso de un sistema de código de barras que vincule paciente con medicamento ayuda a prevenir errores y efficientizar el uso de estos.

A modo de conclusión, el informe de Slawomirski et al. (2017) para la OCDE se extiende en el intento de dar una mirada holística al proceso de implementación. Basado en el marco de Donabedian, que clasifica las implementaciones en sistema, organización y clínico (operativo), encontró que la gran mayoría pertenece al último nivel, cuando el proceso debería comenzar por el primero para luego irse complementando por los siguientes, sin desaparecer. Una mejora exclusiva del ámbito técnico sin tener en cuenta procesos organizacionales, administrativos y de factores humanos nunca será completa. La respuesta al magro resultado de las implementaciones quizás se deba a que, en organizaciones tan complejas como las de salud, el énfasis no debe ser solo mejorar resultados de estándares sino entender el sistema y modernizarlo, recalcando la necesidad de organizaciones robustas que brinden atención multidisciplinaria (Ralston y Larson, 2005), para lograr una cultura de confianza, reporte, transparencia y disciplina (Clarkson et al., 2004; Leape, 2016). Los fundamentos como la educación, la apertura al público del sistema de reportes, y la adecuación a estándares deberían ser el comienzo para la construcción de cambios en la infraestructura (por ejemplo, con el desarrollo de un mejor sistema de reporte o las historias clínicas electrónicas) y en la organización (prioridad al paciente, no punitividad, cultura y gobernanza). Una vez que exista este marco, trabajar en aspectos clínicos operativos como las *checklists*, tromboembolismos venosos, o úlceras de presión. Según el panel de eruditos reunido por Slawomirski, los países en desarrollo deberían centrar sus esfuerzos en la educación del personal, los marcos y sistemas de gobernanza, estrategias de mejora de factores humanos y ergonómicos, la no punitividad, la creación de agencias nacionales responsables de seguridad del paciente y los estándares vinculados con acreditaciones.

El personal de salud quiere, fundamentalmente, ayudar a las personas. Todo lo que se debe hacer es brindarles la organización, educación y cultura adecuadas para hacerlo (Woodward, 2017); interpretando que la seguridad del paciente no es un absoluto a lo que llegar sino un objetivo móvil que despierte el accionar diario de los responsables de lograrla (Vincent y Amalberti, 2015).

Capítulo 4

Metodología

4.1 Necesidad de una investigación mixta

En 2008, Scott et al. plantearon que los programas de mejora en calidad y seguridad hospitalaria invertían muchos recursos en aspectos clínicamente no centrales o relevantes, con programas centralizados, verticales, de alto riesgo e infrecuentes. Si bien por sí mismos eran dignos de ser intervenidos, no lograban mantener en el tiempo la mejora en el cuidado ya que la meta perseguida era de resultado y no de proceso, propio del lineamiento cuantitativo clásico del área de la salud, dejando de lado la eficiencia o pertinencia de los cambios implementados. Este modelo tradicional, autoritario/conductista, no permite la apropiación de estos procesos por parte de todos los integrantes de la Organización atentando contra un cambio cultural verdadero y sostenible en el tiempo. Morello et al. (2013) añadieron que, en muchos casos, no se evaluaba su efectividad. En la actualidad, con la importación de un interés emancipatorio, propio de las ciencias socio-críticas (Cabrera-Cisterna, 2005), el área de la salud está ampliando su mirada mediante la combinación, mediante estudios de metodología mixta -el paradigma hipotético deductivo propio de los estudios basados en la producción y el tratamiento de datos cuantitativos con estudios inductivos de diseño flexible (Mendizabal, 2006) mediante técnicas cualitativas, de carácter interpretativo, con énfasis en el análisis de los procesos de cambio y los contextos específicos en los cuales tienen lugar, que les confieren inteligibilidad explicativa-.

El presente Estudio siguió esta pauta, basado en lo realizado en otras áreas de manera similar por Zamanou y Glaser (1994) y Walter et al. (2010), y dentro de la salud en Canadá y Francia (Paccioni et al., 2008; Pomey et al., 2004). Todos ellos utilizaron la triangulación de datos recogidos mediante técnicas cuantitativas –encuestas de principio y final en el caso de Zamanou y Glaser (1994) y Paccioni et al., (2008)- y cualitativos –entrevistas individuales en su mayoría, grupales, observación y relevamiento de documentos- para poder medir y comprender el cambio producido por las políticas de mejoras en seguridad en las personas y organizaciones, y la evolución hacia una cultura más participativa e involucrada. Otros autores valoraron la importancia de una estrategia de investigación que combine técnicas cuantitativas con cualitativas para abordar el problema de la seguridad del paciente (Halligan y Zecevic, 2011; Kralewski et al., 2008; Morello et al., 2013; Scott et al., 2008; Ulrich y Kear, 2014). Los estudios de ésta índole deben, por otra parte, ser capaces de concitar el interés de los miembros

de la organización para lograr que se involucren en la reflexión sobre sus prácticas (Schein, 2010).

Este enfoque fenomenológico, propio del análisis cualitativo, que desea comprender un proceso a través del razonamiento inductivo, se adecua al objeto principal de este Estudio: aportar al conocimiento del cambio en la cultura de seguridad del paciente como consecuencia de los procesos que se llevan a cabo en una organización al intentar certificarlos, para asemejarse a sus pares que ya lo han logrado.

4.2 Diseño y objeto del Estudio

Esta investigación analizó mediante un estudio de caso longitudinal, pionero en el país, el cambio en la cultura de seguridad del paciente en el personal de la Organización debido a los procesos de implementación vinculados a obtener una certificación internacional en gestión de la calidad. Estos procesos se llevaron a cabo con el fin de mejorar la calidad, protocolos y seguridad del paciente en sus departamentos.

Esta investigación longitudinal estudió en profundidad una circunstancia particular del fenómeno. A diferencia del transversal, este enfoque resulta adecuado cuando se estudia un fenómeno contemporáneo dentro del contexto real en el que se desarrolla para conocer en profundidad sus características (Fassio y Pascual, 2015). Yin (2018) explica que el estudio de caso es la técnica adecuada cuando se quiere investigar procesos, entender el cuándo y por qué, donde los límites entre el fenómeno y el contexto no están claramente definidos. Este tipo de diseño es adecuado en etapas de desarrollo tempranas, como es el caso de los procesos de mejora de calidad en organizaciones de salud de países en desarrollo. La parte exploratoria y descriptiva de la presente investigación, se basa en una sección cuantitativa que brinda un panorama rígido –antes/después- del fenómeno y en una sección cualitativa que procura encontrar explicaciones para las diferencias observadas. Este diseño no permite una generalización de los resultados, pero si otorga pistas importantes para el análisis de organizaciones que encaran el mismo tipo de cambios en contextos similares. Easterby-Smith et al. (2015) menciona que los estudios cualitativos no están pensados para ser replicados, ya que fueron conducidos en un momento y con una población dada, siendo su contribución el estudio profundo de una singularidad y no la comparabilidad de las técnicas cuantitativas. Si se podrán extraer factores indicativos para determinar la transferibilidad de ciertas situaciones, por lo que, ofrece un punto de partida para nuevos estudios de caso con fines de comparabilidad. Con el crecimiento del marco referencial en organizaciones similares, las generalizaciones podrán ser resaltadas.

La Organización fue seleccionada por sus características, semejables a la mayoría de las instituciones privadas de alta complejidad del interior de la República y por el acceso y cooperación otorgados por la Dirección de esta. El interés original demostrado por empleados pioneros en trabajar para la mejora de la seguridad del paciente fue tomado por la dirección de la Organización con intención de formalizar dichos procesos a través de certificaciones. Características de volumen de pacientes y fondos, grado de profesionalidad del personal, y compromiso interno y externo al proceso, se presentaban como características, *a priori*, favorables a lograr el objetivo.

En mayor detalle, la Organización brinda servicios de salud entre los que se pueden destacar los servicios de neurocirugía, hemodiálisis, resonancia nuclear magnética, tomografía y 39 especialidades médicas más. Recibe pacientes derivados desde toda la provincia de Entre Ríos, sur de Corrientes y Uruguay, su complejidad técnica y tecnológica, sumada a la capacidad y especialización de su fuerza laboral la caracterizan como una organización de salud de alta complejidad. Con 700 empleados, esta institución brinda atención cristiana en salud a pacientes de todo el país. Desde 2012 y 2013, los departamentos de Terapia Intensiva (UTI) y Laboratorio han certificado la norma ISO 9001:2008, y luego 2015, de gestión de calidad. También funciona como hospital escuela, habiendo firmado un convenio con la Facultad de Ciencias de la Salud del vecino centro de estudios superiores, por el cual brinda docentes para la enseñanza y permite a alumnos realizar prácticas supervisadas. Estas dos instituciones son las mayores empleadoras de la pequeña localidad donde se encuentran inmersas, teniendo también influencia significativa en la solvencia de las demás actividades comerciales de la localidad. La Organización, con 800 turnos y 20 cirugías diarias, provee servicios a una afluencia de personas que vienen a recibir tratamiento de corto plazo, generando negocios especialmente en los rubros de alojamiento temporario y gastronomía.

Fundada hace más de un siglo, la Organización tiene una profunda huella en el estilo de vida de la comunidad. Siendo una localidad pequeña y religiosa, se presentan algunos hechos únicos que deben ser tenidos en cuenta en el Estudio para comprender su marco cultural:

1. La mayoría de los empleados pertenecen a la religión que da nombre a la organización y es común ver a los máximos directivos de ambas organizaciones socializando con empleados de diversas jerarquías en los servicios religiosos, en igualdad o incluso inferioridad de jerarquía informal. Por ejemplo: algún alto directivo puede participar de un grupo de estudio bíblico dirigido por un empleado del sector de limpieza.
2. Añadiendo al punto anterior, los empleados se vinculan estrechamente en diferentes ámbitos y espacios físicos fuera del ambiente laboral. En general, por una cuestión de

cantidad de posibles pacientes y acceso a profesionales, las organizaciones de salud complejas se ubican en las cabeceras de provincia. En tales casos, los empleados de las organizaciones rara vez coinciden fuera del lugar de trabajo, salvo en eventos organizados por las mismas instituciones. Aun así, rara vez los grupos jerárquicos se encuentran. En la organización estudiada, el tamaño de la localidad hace que el contacto con empleados y exempleados sea frecuente. Esto genera algunos matices únicos como, por ejemplo, que el gerente de recursos humanos tenga que compartir actividades y espacios con un expleado que acaba de despedir en actos de la escuela, compras, equipos de fútbol infantil, servicio religioso, durante toda su vida.

3. Al pertenecer a una organización religiosa, la organización objeto de estudio copió la estructura y la cultura organizacional de la misma. Esto funcionó bien mientras la institución tenía un tamaño pequeño, similar a la mayoría de las demás organizaciones de la religión, principalmente abocadas al mantenimiento y organización de los ministros y templos. El crecimiento de las últimas décadas y las diferencias propias del tipo de organización generan tensiones estructurales a las que se le suma la falta de motivación debida, como se verá en los Resultados, a la rotación de la alta dirección.

4.3 Aspectos éticos

Al momento de presentación del proyecto de Tesis, el Instituto y la Universidad donde estaba radicada la misma no requerían la aprobación ética de proyectos que no presentaran un riesgo físico para los individuos y que no pudieran ser identificados individualmente en la presentación final. La Organización objeto de estudio tampoco tenía formalizado un protocolo ético para la recolección de datos, siendo suficiente la aprobación por parte del Departamento de Investigación. La misma se obtuvo antes de comenzar con la primera muestra y contó con el apoyo de la Dirección. En este proceso se aceptó que los directivos sean identificados por cargo pero se requirió que sean preservados los nombres tanto de ellos como de la Organización.

Al momento de realizar las entrevistas y grupos focales se obvió la utilización del consentimiento informado basado en que metodológicamente no garantiza, y quizás atenta contra, obtener la confianza del entrevistado para contribuir constructivamente a la investigación exploratoria realizada. La Organización no requirió el consentimiento informado ya que obtuvo el compromiso del investigador en respetar lo requerido en la aprobación del Estudio. Para lograr el apoyo de los entrevistados, se comenzó cada encuentro explicando la

utilidad de que manifestaran lo que pensaban para mejorar lo que ellos mismos realizaban, mencionando que se garantizaba en todo momento el anonimato de las respuestas.

En todo momento se garantizó la anonimidad y protección del bienestar de los participantes. Para esto, se mantuvieron los archivos de audio bajo contraseña en un pendrive hasta que fueron transcritos y luego se destruyeron. Las transcripciones son solo identificadas con la fecha y cargo.

4.4 Tipo de estudio

En la investigación del proceso de cambio se utilizó el estudio de caso longitudinal, ya que se realizaron encuestas mediante cuestionario cerrado con una pregunta final abierta, antes y una vez finalizado el proceso de certificación. Entre ambas, se realizaron entrevistas y observaciones. Wynarczyk (2017), al explicar el estudio de caso, menciona que con este tipo de estudio se propone alcanzar una gran variedad de dimensiones a través de la aplicación transversal de “*varias técnicas de investigación: observación, grupos de discusión, entrevistas semiestructuradas, encuestas, análisis de fuentes internas de la organización y entrevistas de informantes clave de otras organizaciones relacionadas*” (pág. 121).

Se eligió utilizar esta metodología mixta, lo que implicó beneficios:

1. Aumento de la validez de los resultados por ser generados por triangulación de distintos tipos de datos, que permitió “*lograr un conocimiento más profundo de un fenómeno dado a partir de una economía de recursos*” (Fassio y Pascual, 2015, p. 141). En este caso se siguió el modelo de Zamanou y Glaser (1994), utilizando datos cuantitativos provenientes de las encuestas, antes y después del proceso de acreditación, y datos cualitativos provenientes de entrevistas semiestructuradas, grupos focales y observación documental para profundizar la información de los cuestionarios.
2. Ambos enfoques metodológicos pudieron realimentarse entre sí. La primera encuesta sirvió para guiar el estudio cualitativo, dado que proveyó un diagnóstico base del estado de la cultura de seguridad del paciente de la organización en el punto de partida.
3. Finalmente, y vinculado al estudio de cambio procesual, ambas metodologías proveyeron una visión del mismo tanto estática como dinámica (Bryman y Bell, 2003) y permitieron encontrar subculturas ocultas en la cultura principal, que es un área olvidada en los estudios similares que asumen que las percepciones son comunes a todos los miembros de la organización (Bellou, 2008).

El diseño elegido realza el uso del estudio cualitativo para interpretar los resultados cuantitativos. La elección de un enfoque cualitativo narrativo presenta un panorama pleno que

fundamenta la interpretación. Esta aproximación literaria interpretativa no debe ser reducida, ya que se atentaría contra la solidez de lo encontrado eliminando fundamentos necesarios para una correcta interpretación. Por esta aproximación, este Estudio escapa al formato tradicional de trabajos doctorales de la casa de estudios, no pudiendo abocarse a la longitud máxima preestablecida.

El Estudio intenta integrar los conceptos de la Guía de Estándares para la Excelencia en las Publicaciones sobre Mejora de la Calidad (SQUIRE, 2020) ya que es un estándar mundial y se cuenta con una parte cuantitativa, pero evita caer en la rigurosidad de delinear claramente cada punto dado que la misma está orientada a publicaciones académicas breves y cuantitativas. Para estudios cualitativos, SQUIRE hace referencia a los Estándares para Reportar Investigación Cualitativa (O'Brien et al, 2014). Si bien los autores mencionan que estos estándares reflejan información esencial a ser incluida en un estudio cualitativo, reconocen que este tipo de enfoque necesita de flexibilidad, por lo que los mismos no deben ser vistos como un formato prescriptivo rígido. A lo largo del Estudio se pueden encontrar los 21 estándares sugeridos.

A continuación, se detalla la utilización de cada uno del enfoque cuantitativo y cualitativo.

4.5 Sección cuantitativa

El propósito del análisis cuantitativo en este Estudio es el de enmarcar el fenómeno descrito en la fase cualitativa. Para esto se utilizará estadística descriptiva básica para fundamentar la existencia de un cambio en la percepción de seguridad del paciente en los empleados, sin realizar inferencias de la magnitud, fuerza, o impacto de estos mediante un análisis cuantitativo más avanzado que relacione la implementación con el cambio. Dado que el investigador fue observador y no creador de los procesos implementados –descritos en la sección cualitativa- el énfasis del Estudio se centra en describir el fenómeno cualitativo que éstas generaron, en la Organización, y en un momento dado del tiempo.

Los métodos cuantitativos para medir la percepción de seguridad del paciente aportan una evaluación estática con la que se puede entender la posición inicial, o posterior, de la organización; trazando relaciones estadísticas entre múltiples variables sobre seguridad y error (Hoff y Sutcliffe, 2006). Schein (2010) menciona que los cuestionarios sobre culturas son apropiados cuando la organización quiere identificar su posición al respecto de un tema para estimular un análisis más profundo y un crecimiento, para comparar organizaciones, y educar a empleados sobre ciertas dimensiones prioritarias destacadas por la administración. Flin et al.

(2009) señalan que antes de comenzar a modificar la cultura es importante diagnosticar el punto de partida mediante estudios cuantitativos.

Desde 2009, la JCI obliga a las organizaciones acreditadas, y las que deseen serlo, a crear y mantener la cultura de seguridad. Para esto se necesita de encuestas que permitan evaluar la situación al respecto en un momento del tiempo (Chassin y Loeb, 2013). A pesar de las objeciones presentadas por Schein (2010) y Hoff y Sutcliffe (2006) sobre la simplificación y categorización preestablecida de este tipo de métodos para determinar la cultura, son necesarias como punto de comparación de crecimiento y fijación de los nuevos conceptos, ayudando a mantener el impulso inicial del cambio. Para ello, deben ser claras y sencillas, cuidadosamente diseñadas (Katzenbach, 2013).

En 2004, Gershon et al. identificaron diez instrumentos que medían la cultura de seguridad del paciente con cinco dimensiones en común: liderazgo, comportamiento grupal, comunicación, estructura y calidad de trabajo, y resultados. Para 2011, Tingle listaba 21 herramientas y Halligan y Zecevic identificaban las cuatro más utilizadas, tres de las cuales se repitieron en un estudio similar (Weaver et al., 2013): (1) *Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey* (PSCHO), (2) *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) y (3) *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS).

El PSCHO, creado por Singer et al. (2007) en la Universidad de Stanford, mide el clima de seguridad del paciente con un cuestionario que cubre nueve dimensiones, con 50 preguntas cerradas. Estas dimensiones se agregan en tres áreas: organización, unidad e individuo. En la Universidad de Texas, Sexton et al. (2006) realizaron una adaptación a la salud de un cuestionario de cultura de la cabina de mando de los aviones. El SAQ es una de las herramientas más comunes para medir seguridad del paciente dada su extensión corta de 60 preguntas en seis dimensiones que pueden ser respondidas en 15 minutos, y la amplia y rigurosa validación recibida (Flin et al., 2009; Giraldo-Arango y Montoya-Romero, 2013; Tingle, 2011; Ulrich y Kear, 2014). Se han realizado modificaciones y adaptaciones a distintos lenguajes, incluyendo la traducción de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires (Ortiz et al., 2007), que han aumentado y disminuido tanto dimensiones como ítems (Carvalho et al., 2015).

4.5.1 Descripción del Instrumento

Para la medición cuantitativa de la cultura de seguridad en este Estudio, se utilizará el *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS), en su versión en español, desarrollado en 2004 (Agency for Healthcare Research and Quality, 2020), tomando en cuenta la literatura existente en el momento, entrevistas a líderes del campo y pruebas psicométricas (Haugen et

al., 2010). Fue revisado recientemente para solucionar problemas de complejidad y extensión, traducción e interpretación uniforme por personal clínico y no clínico (Avramchuk y McGuire, 2018; Sorra et al., 2016). El HSOPS releva 12 dimensiones de la cultura de seguridad (siete en el nivel unidad, tres en el nivel organizacional y dos percepciones de medición de resultado) que incluyen a las evaluadas en las otras herramientas, en 42 ítems, con una escala de cinco puntos Likert, formuladas de manera positiva y negativa. Estas últimas se invierten para lograr el indicador compuesto de cada dimensión (Σ de respuestas positivas / respuestas totales de la dimensión). Un ítem o dimensión se clasifica como fortaleza con un 75% de respuestas positivas y como debilidad u oportunidad de mejora con menos de un 50% de respuestas positivas (Saturno et al., 2009). Las respuestas positivas son las que fueron respuestas con números 4 y 5 cuando la pregunta fue formulada de manera positiva, y con número 1 y 2 cuando la pregunta fue formulada de manera negativa.

El estudio de Etchegaray y Thomas (2012) comparó las propiedades psicométricas de las dos principales herramientas -SAQ y HSOPS- encontrando buena fiabilidad y evidencias de validez predictiva en ambos. Sin embargo, al intentar convertir las dimensiones de una a otra encuesta, las diferencias en el contenido resultaron en una variación sustancial que no pudo ser explicada por su análisis de regresión. Ambas herramientas miden correctamente, pero no pueden ser comparadas estadísticamente.

Las 12 dimensiones son numeradas y definidas, en la Tabla 1, de acuerdo a lo mencionado por Giraldo-Arango y Montoya-Romero (2013). Además, contiene otros nueve ítems relacionados a variables sociodemográficas del encuestado (Giraldo-Arango y Montoya-Romero, 2013; Sorra et al., 2016).

Tabla 1

Definición de dimensiones HSOPS

Dimensión de la cultura de seguridad		Definición de las dimensiones de la encuesta HSOPS
1	Trabajo en Equipo en la Unidad	Los profesionales de la unidad se apoyan mutuamente, se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como equipo.
2	Expectativas y Acciones del Supervisor para Promover la Seguridad del Paciente	Los responsables toman en consideración las sugerencias de los departamentos que favorecen la seguridad profesional, encaminadas a mejorar la seguridad del paciente. Estimulan que éstos sigan procedimientos seguros y no pasar por alto los problemas de seguridad del paciente.
3	Aprendizaje y Mejora Continua	Existe una cultura en la que los errores conducen a cambios positivos y en la que se evalúa la efectividad de los cambios introducidos.

4	Comunicación e información sobre errores	Los profesionales son informados de los errores que ocurren, de los cambios que se han implementado y comentan los modos de prevenir errores.
5	Grado de apertura de la comunicación	Los profesionales pueden hablar libremente si observan que algo puede afectar negativamente al paciente y se sienten libres de comentarlo con profesionales de mayor autoridad que ellos.
6	Personal	Se dispone del personal suficiente para asumir la carga de trabajo y los horarios son adecuados para proveer la mejor asistencia al paciente.
7	Respuesta no punitiva a errores	Los profesionales sienten que los errores y la notificación de eventos no se utilizarán en contra suya y que los errores no constarán en su expediente personal.
8	Apoyo de la Administración para la seguridad del paciente	La Administración (Dirección) del hospital favorece un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente y resalta que es una prioridad.
9	Trabajo en equipo interunidad	Las unidades del hospital cooperan y se coordinan entre ellas para proporcionar la mejor atención al paciente.
10	Transferencias y transiciones	Para la atención del paciente en los cambios de turno y entre unidades. Se generan problemas en la transferencia de información.
11	Percepción general de la seguridad del paciente	Los procedimientos y sistemas son buenos a la hora de prevenir errores y no existen problemas de seguridad del paciente.
12	Frecuencia de incidentes reportados	Se notifican los errores siguientes: 1) errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente, 2) errores sin daño potencial para el paciente y 3) errores que podían haber provocado daño al paciente, pero no lo hicieron.

Se eligió esta herramienta por las siguientes razones:

Primero, su alto grado de utilización, estandarización y la comparabilidad que ofrece su base de datos mundial abierta al público desde 2007, permitiendo la comparación de la organización con 600 hospitales alrededor del mundo que realizaron la encuesta (Agency for Healthcare Research and Quality, 2012; Ulrich y Kear, 2014). Si bien no fue el objetivo de este Estudio comparar a la organización con centros médicos de otros lugares del mundo, se pueden trazar similitudes en los porcentajes de respuesta favorable a nivel general que indican cuestiones propias de organizaciones de salud destacables a nivel mundial, para ser estudiadas posteriormente. La base de comparación para la primera encuesta es de abril de 2016 (680 hospitales) y para la segunda encuesta es de Febrero de 2018 (630 hospitales). La mayoría de estos hospitales son estadounidenses, debido a la importancia de estar acreditado para recibir el pago de Medicare (el mayor prestador de ese país), por lo que la comparación directa omite cuestiones demográficas, financieras y culturales que podrían distorsionar los resultados.

En segundo lugar, la existencia de la encuesta en español, provista por la misma AHRQ. Si bien existe la posibilidad de perder consistencia debido a los constructos diferentes que hacen al individuo encuestado fuera de Estados Unidos, las adaptaciones locales realizadas atentan contra el poder de comparabilidad mundial del instrumento (Giraldo-Arango y

Montoya-Romero, 2013; Nordin et al., 2013; Ramos et al., 2017). Es por esto por lo que se tomó la versión original, provista por AHRQ, adaptándola a los modismos y características idiosincráticas de la Organización estudiada solo en las variables sociodemográficas. Se tienen datos de que el instrumento se ha traducido a 40 lenguajes y aplicado en 93 países (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019a; Nie et al., 2013).

En tercer lugar, el HSOPS evalúa la cultura en distintos niveles de la organización: individual, unidad y organizacional.

Un cuarto elemento es el apoyo obtenido de la Dirección a la iniciativa, indispensable para la correcta ejecución (Falco, 2013).

Finalmente, las sólidas propiedades psicométricas. Grandes estudios las han evaluado en Estados Unidos, Bélgica, Holanda, Noruega, Suiza, Turquía, Inglaterra y Escocia (Haugen et al., 2010; Nordin et al., 2013). Retornando a la primera ventaja, los alfa de Cronbach de todos estos estudios y países están disponibles para la comparación en estudios futuros.

En la segunda aplicación del instrumento, se añadieron dos preguntas orientativas, de percepción de mejora a lo largo del período de estudio. Siguiendo el formato de la herramienta se agregó, luego de la pregunta donde el encuestado debía seleccionar el grado general de seguridad de su departamento, la pregunta: “En los últimos cuatro años, de acuerdo a su perspectiva: En su servicio, la seguridad del paciente ha:”, brindándose cuatro respuestas posibles: Mejorado significativamente, mejorado, está igual o ha empeorado. De manera similar, luego de la sección de preguntas que inquiría sobre la Organización en general, se agregó la misma pregunta, pero orientada a la Organización en lugar del departamento de trabajo.

En 2019, la AHRQ renombró el formulario como *Survey on Patient Safety Culture*, lanzando una nueva versión de este, llamada SOPS 2.0. Tomando sugerencias recibidas en los últimos 15 años por parte de las instituciones que lo utilizaron, se reorganizaron y abandonaron preguntas, reduciendo la extensión del cuestionario y se fusionaron dimensiones, eliminando dos. Esto para dar lugar a un nuevo marco de cultura justa al inquirir sobre la respuesta al error (para ver el cambio en los nombres de las dimensiones y los temas que las componen ver el Anexo III). También se incluyó la opción no sabe/no aplica. Se incluyó una guía de adaptación que presenta la oportunidad de realizar un cambio progresivo, abrupto, o trabajar en paralelo con los dos cuestionarios. El estudio piloto en 25 hospitales de Estados Unidos demostró que la nueva versión otorga una leve mejora en la puntuación general de cultura de seguridad. La base de datos comparativa comenzó a recibir datos de la versión 2.0 desde junio de 2020 y

seguirá tomando los datos de los dos formularios hasta junio de 2022 donde cerrará el acceso a la versión 1.0 (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019b).

Para el presente Estudio, se utilizó el mismo formulario utilizado en ambas aplicaciones del instrumento (versión 1.0). Esta decisión se basó en la necesidad de poder comparar ambos documentos sin alterar los resultados obtenidos y poder confrontar los mismos con la base mundial. La novedad de la versión 2.0 hace que, al momento de analizar los resultados, la base de datos sea escasa. La Dirección de la Organización junto al Departamento de Calidad y Mejora de Procesos (DCMP) analizará la factibilidad de mudar a la nueva versión en el futuro.

4.5.2 Aplicación del Instrumento

Se siguieron los lineamientos de AHRQ provistos en la guía de usuario de la encuesta (Sorra et al., 2016). La misma sugiere que el formulario sea entregado a personal en contacto directo con el paciente o cuyo trabajo impacte directamente en su seguridad. A su vez, deben conocer las actividades del “día a día” de la organización e interactuar frecuentemente con otras personas en la misma situación. Para poblaciones menores a 500 personas se sugiere que la encuesta se distribuya a toda la población tratando de obtener devoluciones cercanas al 50%. Tratando de seguir estos parámetros, el jefe del departamento de Investigación y Docencia aconsejó cuáles departamentos tenían atención directa con el paciente para focalizar la aplicación del instrumento en ellos. Se priorizó llegar a médicos, residentes, enfermeros y técnicos con alta carga laboral en la Organización, evitando aquellos que no trabajaban a tiempo completo, o lo hacían en posiciones gerenciales, administrativas, de mantenimiento, servicios ambientales y alimenticios.

Los Departamentos seleccionados fueron: Clínica médica/Cardiología (Servicio Ambulatorio), Cirugía, Unidad de Terapia Intensiva, Ginecología/Obstetricia/Neonatología, Kinesiología, Farmacia, Laboratorio, Radiología, Control de infecciones y el Centro de Esterilización. En una entrevista con el Gerente de Recursos Humanos se estableció que el personal de los departamentos seleccionados previamente oscilaba entre 250 y 330 personas, dependiendo las circunstancias particulares de ambas aplicaciones del instrumento, a los cuales se debía descontar el personal administrativo, focalizando en los cuatro grupos mencionados en el párrafo anterior.

4.5.3 Operacionalización

La primera aplicación del instrumento se realizó entre los meses de mayo y junio de 2015. La encuesta fue distribuida por una enfermera del Departamento de Control de Infecciones (en 2015 no existía el DCMP) quien entregó las encuestas en mano al personal de enfermería y técnicos de los diferentes departamentos y turnos. La aplicación del instrumento a los médicos residentes estuvo centralizada en la Asistente del Departamento de Docencia y a los médicos especialistas de staff a través de sus secretarías. Se obtuvieron 155 respuestas.

La segunda aplicación del instrumento se realizó entre los meses de febrero y julio de 2020. Se optó por intentar lograr una aplicación con profesiones y servicios similares a la obtenida en 2015, en lugar de puntualizar la aplicación en algunos departamentos que recibieron amplia influencia para cambiar sus procesos por parte del Departamento de Calidad y Mejora de Procesos (DCMP). De manera similar a la primera aplicación, se enfocó en médicos, residentes, enfermeros y técnicos con atención directa, evitando medios tiempos, puestos gerenciales y departamentos de apoyo, alejados de la atención constante y directa al paciente. Las medidas de aislamiento social impactaron al inicio de la aplicación del instrumento y obligaron a suspender la misma por dos meses y luego continuar a través de personal de la Organización. En primera instancia, las encuestas fueron distribuidas por el investigador, pero en mayor número las mismas fueron entregadas a los enfermeros por la Enfermera de Docencia y Seguridad (EDS) y a médicos, técnicos y otros profesionales a través de la Asistente del Director General. La aplicación del instrumento a los médicos residentes estuvo centralizada en la Asistente del Departamento de Docencia y los médicos especialistas de staff fueron alcanzados a través de sus secretarías previo mensaje de texto por parte de la Asistente del Director General. La cantidad de devoluciones fue menor a la primera aplicación (130) debido a la rotación que comenzó a ejercer la Organización como medida preventiva y respondiendo a la gran baja en el volumen de trabajo que ocasionó la pandemia Covid-19.

Se puede acceder a las encuestas mediante el siguiente link: <https://bit.ly/3dJQnCy>.

4.6 Sección cualitativa

Falco (2013) menciona que luego de una encuesta se deben entender los resultados, comunicarlos y discutirlos, generar, comunicar e implementar planes de acción acordes, medirlos y compartir lo que funcione. Al estudiar un concepto abstracto y subjetivo, como la percepción de una cultura, una encuesta puede carecer de la profundidad adecuada para comprender e interpretar correctamente los resultados. A la mirada superficial y puntual de la cultura entregada por las encuestas, se debe añadir un estudio cualitativo para comprender

razones y procesos. Comparadas con otras HRO, las organizaciones de la salud parecen estar en la infancia en cuanto a la utilización de métodos cualitativos (Halligan y Zecevic, 2011). El análisis de causa-raíz es apenas un leve intento de comenzar a cambiar esta tendencia y sus resultados muestran el beneficio de este tipo de métodos para entender los procesos de implementación intraorganizacionales de seguridad del paciente, encontrar barreras y soluciones (Hoff y Sutcliffe, 2006).

La investigación cualitativa considera que no es posible darle sentido a un fenómeno sin intentar comprender su contexto y el punto de vista de las personas afectadas él. No está tan interesada en medir y cuantificar, aunque se enriquece al retroalimentarse y complementarse con ellas, sino adquirir conocimiento sobre el mismo en su hábitat natural a través de la observación (Al Attal, 2009). Solo a través de entrevistas y observaciones se podrá obtener información sobre el significado de los artefactos que dan sustento a rituales y comportamientos (Schein, 2010). Los autores que implementaron métodos cualitativos en el área de la salud mencionan la importancia y la necesidad de utilizarlos para tener una comprensión profunda de los datos obtenidos cuantitativamente (Halligan y Zecevic, 2011; Skodová et al., 2011; Tamuz y Thomas, 2006). El formato interpretativo, abierto y flexible, de este método permite adquirir datos sin la necesidad de restringirse a una hipótesis formulada previamente (Cabrera-Cisterna, 2005), permitiendo incorporar situaciones nuevas o inesperadas a la investigación (Mendizabal, 2006).

4.6.1 Técnicas de recolección

En este Estudio, se realizaron entrevistas abiertas, entrevistas semiestructuradas y grupos focales como fuentes primarias de datos, apoyadas, de manera secundaria, por observación de documentos específicos. Con la triangulación de los datos de todas estas fuentes se logró obtener una mirada más densa sobre los problemas detectados por la encuesta.

De acuerdo a Yin (2018), las entrevistas y grupos focales posibilitan ahondar en objetivos específicos del caso de estudio proveyendo explicaciones y puntos de vistas personales como ser la percepción, actitud, o el sentido, que no podrían ser comprendidas de otra manera. Si se logran desactivar las desviaciones naturales de la herramienta como son los sesgos de respuesta, preguntas que se responden a sí mismas, imprecisiones propias de la memoria, el resultado será una comprensión holística del caso que no se podría lograr de otra manera. Yates (2004) enfatiza que estas técnicas permiten explorar la complejidad, ambigüedad, contradicciones y procesos, dándole oportunidad al investigador de explorar el contenido y sentido de las preguntas al indagar el punto de vista del entrevistado.

Tanto Yin (2018) como Easterby-Smith et al. (2015) resaltan que el encuentro será una conversación dirigida que crecerá en relación al objetivo de estudio del caso. Este crecimiento será consensuado y negociado con el entrevistado, por lo que difiere del interrogatorio común con preguntas previamente establecidas. En el caso del grupo focal, describen que el entrevistador pasa a ser moderador, facilitando la conversación sobre un tópico entre los integrantes del grupo. El objetivo es potenciar las respuestas para lograr despejar sesgos personales. El moderador debe velar sobre la libertad de cada integrante para brindar su punto de vista y fundamentos. Para evitar caer en un intercambio de información trivial y superfluo recomiendan la construcción de guías de la entrevista que aseguren el cumplimiento del objetivo de estudio.

En cuanto a la observación de documentos específicos, Yin (2018) propone que el estudio de caso debe valerse de información documental que valide y suplemente el análisis realizado con otro tipo de herramientas, como pueden ser las entrevistas. Reconoce como ventajas de los documentos la precisión, repetitividad y amplitud temporal que ellos brindan, entendiendo que los mismos no fueron creados para el proceso de investigación por lo que otorgan nuevas perspectivas al mismo. El investigador debe reconocer su sesgo de búsqueda y el del autor del documento, ateniéndose a la dificultad intrínseca de obtener acceso a información sensible o confidencial de la Organización.

4.6.2 El proceso de la investigación

El trabajo cualitativo comenzó con una entrevista con el entonces Director de la Organización para lograr su apoyo en el proyecto y conocer el punto de partida. Se comprendió que la planificación estratégica realizada recientemente involucraba intentar mejorar la calidad de la atención, profesionalizando los procesos. Sin embargo, estos lineamientos no estaban siendo llevados a cabo por la ausencia de una persona que tomara a su cargo dicha responsabilidad. Luego de la certificación de dos departamentos, la estructura organizacional de calidad fue desmantelada. Al momento de realizar la primera aplicación del instrumento solamente se contaba con una consultora externa que venía de la Capital Federal dos días por mes. Se mantuvo una entrevista abierta con ella para conocer el estado de la seguridad del paciente al inicio del Estudio. El contacto se mantuvo de manera trimestral, recibiendo breves informes de la situación.

Al finalizar el primer año de Estudio, el Director de la Organización renunció al puesto. Su reemplazo surgió de puestos internos pero la óptica gerencial cambió (algo que será expuesto de una manera más amplia en el capítulo Resultados). Se mantuvo una entrevista con

el nuevo Director, quien manifestó la intención de continuar con el plan de su predecesor y con el Estudio.

En adición a las entrevistas con los directores y con la consultora externa, se mantuvo un espacio de intercambio semestral con la Directora del DCMP donde se repasaron las principales iniciativas, problemas, y éxitos. A saber, las implementaciones realizadas durante el período de Estudio fueron:

- ✓ Creación del DCMP, la EDS, el Sub-director Médico Informático y el Comité de Auditores.
- ✓ Reorganización de las funciones del departamento de estadísticas
- ✓ Plan estratégico a nivel Organización de implementación de un sistema de historia clínica electrónica, sistema de medicamentos electrónico y hoja de enfermería digital
- ✓ Requerir a los jefes de departamento que generen descripciones de puesto para sus subordinados
- ✓ Establecer un momento para el DCMP en la reunión mensual de jefes de departamento
- ✓ Comunicación intradepartamental: Creación del Formulario 360° y encuesta de clima laboral
- ✓ Herramientas de gestión para jefes de departamento: Tablero de control departamental con estadísticas en tiempo real y evaluación de desempeño.
- ✓ Mejora de procesos variadas para la certificación de las áreas de Enfermería, Radiología y Farmacia.
 - Enfermería: Charlas educativas, Whatsapp administrativo (reemplazado por Sharepoint), capacitación para ingresantes, descripción y revisión de funciones, escala de riesgo de caídas, cartelería y carpeta de información para pacientes quirúrgicos, informe interno de incidentes y accidentes, planilla de evaluación de personal
 - Farmacia: Eliminación de las farmacias satélite, farmacia central 24 horas, mejoras en sistema de stock y costeo, farmacéutico de Cirugía, sistema de control de medicación.
 - Radiología: Informe inicial del DCMP sobre estado del departamento, cambio de jefe, reorganización de posiciones por tipo de estudio, mejora del sistema de dictado y estaciones de revisión de imágenes.
- ✓ Sistematización de la gestión de prótesis.
- ✓ Transparencia y reporte de errores. Concientización para modificar la imagen punitiva de un reporte de errores implementado en el pasado.

- ✓ Mejora del contacto con el paciente. Actualización y automatización del sistema de encuestas de satisfacción.
- ✓ Creación de un organigrama que abarca todos los niveles de la Organización. Disponible en la intranet.

Los encuentros se realizaron siempre en la oficina del DCMP y tuvieron una duración promedio de una hora. También se mantuvo una entrevista de presentación con el Director del Departamento de Docencia e Investigación anterior a la circulación del cuestionario, paso requerido para realizar el estudio cuantitativo en la Organización. En todas las entrevistas mencionadas en el párrafo se utilizó el formato abierto. La excepción fue en la última parte de la segunda entrevista al Director de Docencia e Investigación, utilizándose una Guía de entrevista (ver punto 4.5.2.1), por ser también el Jefe de Residencias.

Al repasar los resultados se hizo evidente que la formación de grado tenía gran importancia en la estrategia de cambio cultural que el DCMP llevaba a cabo, la incorporación de la seguridad del paciente y las habilidades blandas en el currículum podrían ser una variable que favoreciera la estrategia (esta correlación escapa al objetivo del presente Estudio). Al provenir la mayoría de las contrataciones nuevas de la casa de estudios superiores vecina, se entrevistó al Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud y al Director de la cátedra de Administración Hospitalaria. Las entrevistas fueron abiertas, pero con una clara tendencia a responder lo planteado en la Guía.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a personas clave en el proceso, y se organizaron grupos focales con personal de primera línea para comprender el cambio, especialmente en los aspectos trascendentales surgidos de la primera aplicación del instrumento, y, finalmente, se relevaron los registros relevantes del centro de salud.

Siguiendo el trabajo de Zamanou y Glaser (1994), a partir de los resultados del relevamiento cuantitativo se planificó una serie de grupos focales con empleados de los departamentos involucrados en la aplicación del instrumento y entrevistas individuales con los jefes de dichos departamentos. Ambas fueron semiestructuradas, donde a partir de una pregunta de índole general sobre seguridad del paciente se fue indagando sobre eventos particulares. Se eligió este tipo de técnicas ya que permiten entender formas de pensar, creencias, valores y experiencias particulares al sector de la Organización que el entrevistado representa.

4.6.2.1 Descripción de la Guía para entrevistas y grupos focales. Con base en los aspectos principales destacados en los resultados de la primera encuesta se elaboró una Guía para orientar la conversación en los grupos focales y entrevistas posteriores (la guía completa se presenta en el Anexo IV). El primer paso consistía en una breve presentación del

investigador donde se mencionaba un estudio de medición de cambio del trabajo del DCMP. Se aprovechaba el momento inicial para destacar el valor de lo que dirían para mejorar su propio lugar de trabajo y la Organización en general, garantizando el anonimato de lo dicho. Para esto, el investigador se presentaba por nombre y mencionaba no tener relación con la Organización, disculpándose por no preguntar el nombre de los presentes en el grupo pero enfatizando que esto generaba un ambiente seguro donde expresarse sin restricciones. En segundo lugar, se abocaba a un hecho notable para introducir el tema. Uno de los aspectos más relevantes de la planificación estratégica de la Organización es incorporar tecnología en la atención. Es también un punto básico en la mejora en la seguridad del paciente. La incorporación de un software de gestión de medicamentos y seguimiento integral del paciente quirúrgico es quizás el hecho más disruptivo en la Organización en décadas. Este cambio, junto con los *checklists* de Cirugía, fueron el puntapié inicial para las conversaciones. Se indagó en roces generados en la implementación, mejoras percibidas y finalmente la nueva meseta alcanzada, recapitulando sobre la incorporación del cambio como nueva rutina.

En segundo lugar, la Guía aborda problemas en áreas señaladas como oportunidades de mejora en la HSOPS, como: (1) problemas relativos a la comunicación tanto intra como interdepartamental, (2) punitividad del error y (3) el apoyo de la Dirección. El paso de cuatro años desde la primera aplicación de la HSOPS al grupo focal resaltó problemas estructurales, sin resolución en algunas secciones y grandes avances en otras. Junto con estas preguntas se buscó también profundizar en el conocimiento de la cultura de la Organización y problemas globales inherentes a organizaciones de salud como: (1) la falta de preparación en habilidades humanas, (2) la alta jerarquización organizacional explícita e implícita entre profesiones, y (3) la consideración del tiempo dedicado a la mejora del proceso.

En el cierre, la Guía enfatiza el ejercicio de la memoria en el entrevistado, requiriendo evocar lo que ellos consideran que fue una mejora en la seguridad del paciente en el corto plazo y la percepción sobre la mejora general de esta área en la Organización en el plazo del Estudio.

4.6.2.2 Proceso de investigación de entrevistas a jefes de departamento y grupos focales. Los grupos focales y las entrevistas con jefes de Departamento fueron realizados entre noviembre de 2019 y febrero de 2020. En total se realizaron nueve grupos focales y siete entrevistas a jefes de departamento. La cantidad de grupos focales estuvo determinada por los departamentos que tuvieron una representación mayor a cinco en la primera aplicación del instrumento, con la excepción de Farmacia que no alcanzaba dicho número. Se la incluyó debido al amplio trabajo del DCMP en este departamento. Los grupos focales contaron con un

promedio de tres a cinco personas por sesión, con la excepción de los supervisores de las distintas áreas dentro del departamento de Enfermería, cuyo número superó las diez personas.

Los participantes de los grupos focales fueron seleccionados y notificados por sus jefes de departamento a través de un muestreo aleatorio entre aquellos con más de dos años de antigüedad en el servicio. La duración promedio de cada grupo fue de 40 minutos. Todos los grupos focales fueron realizados en el salón de videoconferencias de la Organización. Esta ubicación fue elegida ya que emana un nivel de seriedad y respaldo administrativo alto, fuera del lugar acostumbrado de trabajo, eludiendo barreras inhibitorias que emergerían si se hubieran llevado a cabo dentro del espacio de la Dirección. El único grupo que cumplía con los requisitos, pero no fue alcanzado por los grupos focales por falta de coordinación fue el de los médicos de planta.

Las entrevistas a jefes de departamento fueron realizadas de manera individual, siguiendo el criterio de los grupos focales. Todas fueron llevadas a cabo en las oficinas o consultorios de los entrevistados y tuvieron una duración promedio de 60 minutos. Se utilizaron conceptos surgidos de los grupos focales para alimentar la Guía prediseñada y adecuarla a particularidades de cada departamento.

Finalmente, se realizaron dos entrevistas finales con la Directora del DCMP y el Director de la Organización. En las mismas se expusieron los resultados obtenidos y se inquirió sobre posibles pasos a seguir. Ambas fueron realizadas en sus oficinas con duración promedio de 45 minutos. Yin (2018) menciona que este tipo de herramientas están viciadas por aspectos inherentes al ser humano, su memoria y el color y orientación que le da el entrevistador a la conversación. Es por esto que la información obtenida debe ser corroborada por otra técnica, en este caso observación de documentación, de archivos y las mediciones cuantitativas, ya discutidas.

4.6.2.3 Revisión de documentación. La observación puntual de documentación se realizó luego de las entrevistas para corroborar el análisis realizado, intentando encontrar las relaciones dinámicas que surgen en la interacción de múltiples variables que atentan contra la seguridad del paciente. A su vez, se relevaron estos documentos:

1. Resultados de encuestas de satisfacción al paciente, tanto ambulatorio como quirúrgico.
2. Boletín interno de noticias.
3. Organigrama institucional.
4. Agendas del día de encuentros de Jefes de Departamento.
5. Actividades llevadas a cabo por el DCMP.

El objetivo era identificar cambios en su contenido, dirigido hacia la mejora de la seguridad del paciente y una mayor relevancia del tema en el trabajo diario, apoyando lo aprendido en las entrevistas y grupos focales. El acceso a los resultados de encuestas de satisfacción se realizó, para los pacientes quirúrgicos, a través de la EDS. El DCMP brindó los resultados de las encuestas a pacientes ambulatorios. Los demás datos fueron obtenidos a través de la Asistente del Director de la Organización. El último paso fue vincular las actividades llevadas a cabo por el DCMP y los cambios más importantes registrados en todas las técnicas utilizadas con anterioridad, contrastándolas con las diferencias que se encontraron en la posterior segunda aplicación del instrumento.

4.7 Análisis de los datos

Para el armado de la base de datos se utilizó el programa SPSS versión 22. Atendiendo a que la estadística cuantitativa es en su mayoría descriptiva, sirviendo como marco para el estudio cualitativo, se utilizó la herramienta provista por AHRQ para el análisis y comparación mundial. La misma se presenta en formato de archivo de MS Excel y está disponible para cualquier investigador que lo requiera a los creadores del instrumento, vía email.

En cuanto al análisis cualitativo, de acuerdo a Easterby-Smith et al. (2015), una de las mayores dificultades reside en condensar información muy compleja y contextualizada a un formato que presenta una historia de una manera que convenza irrefutablemente a otros. Se requiere una explicación clara de cómo fueron analizados y transformados los datos para obtener conclusiones relevantes. Estas condiciones requieren rigurosidad y creatividad por parte del investigador. No existe una aproximación estandarizada a la investigación de un estudio de caso ya que cada uno tiene particularidades únicas. Algunos investigadores categorizan y codifican sus datos mientras que otros se resisten y prefieren trabajar con las notas y transcripciones originales (Yin, 2018). Para este Estudio se agrupó a la masa de datos cualitativos en categorías relevantes permitiendo analizarlos y reorganizarlos de una manera sistemática.

En base a lo explicitado, el análisis se realizó de la siguiente forma:

1. Todas las entrevistas y grupos focales fueron grabadas en audio, dicho archivo fue etiquetado con la función de los entrevistados, fecha y contexto en el que se realizó el encuentro.
2. El investigador transformó los archivos de audio en archivos de texto utilizando la Guía como grilla para categorizar las afirmaciones y eliminando comentarios no

relacionados al objetivo del Estudio. Se recuerda que dicha Guía provino de los factores destacables de la primera aplicación del instrumento.

3. Las notas del investigador, tomadas durante el tiempo del Estudio, se categorizaron siguiendo la grilla del punto anterior.
4. La información de cada categoría fue subdividida y reorganizada de acuerdo el departamento de trabajo para identificar patrones únicos y generales.
5. El investigador leyó en múltiples oportunidades cada categoría, tratando de tener un conocimiento profundo de cada una. Luego escribió las conclusiones preliminares principales de cada una, su implicancia para el Estudio y la Organización, evaluando su correspondencia con los resultados de la segunda aplicación del instrumento.
6. Una vez terminadas las conclusiones preliminares, se volvieron a reorganizar, combinar y eliminar categorías y factores de éstas en base a la profesión de los entrevistados, encontrando patrones únicos, combinados y generales que retroalimentaron los resultados previos.

Finalmente, el investigador comparó los factores que llevaron a la mejora presentados en la revisión de la literatura con lo hallado en el Estudio para detectar su presencia o ausencia.

Capítulo 5

Resultados

La sección de resultados se divide en las dos grandes partes del Estudio: análisis cuantitativo y cualitativo. Ambas interactúan para brindar solidez a la investigación y profundidad a los resultados encontrados. Los resultados del análisis cuantitativo, en ambas aplicaciones, sirven como marco referencial de la investigación cualitativa. A su vez, este análisis brinda fundamentos y razones para dichos resultados, respondiendo al objetivo principal de la investigación y siendo este el aporte inédito primordial de la obra. La sección de análisis cuantitativo se divide en dos áreas delimitadas por las dos aplicaciones del instrumento. La primera aplicación aporta el estado inicial de la Organización, brindando las categorías y temas de interés para el análisis cualitativo. La segunda aplicación expone el estado final de la Organización tras el período entre ambas encuestas. Contribuye también exponiendo cuantitativamente diferencias en la cultura de seguridad de los pacientes entre ellas. Este cambio es analizado en busca de razones y procesos que explican el fenómeno durante las entrevistas, grupos focales y en la documentación revisada en la sección cualitativa.

5.1 Análisis Cuantitativo

Los cambios cuantitativos en la cultura de seguridad del paciente fueron medidos a través de dos aplicaciones del instrumento separadas en el tiempo (2015 y 2020) utilizando la HSOPS en su versión en español 1.0 (Agency for Healthcare Research and Quality, 2020). Dentro de cada aplicación del instrumento, se analizaron descriptivamente los resultados por conjunto de dimensiones y se destacaron aspectos sobresalientes de las doce dimensiones particulares, utilizando agrupaciones por certificación ISO 9001:2015, departamentalización y profesión. A su vez, se realizó una comparación con la base de datos que AHRQ brinda, basada en datos proporcionados por hospitales de todo el mundo que utilizan la encuesta. Estas últimas comparaciones se realizaron para dar cuenta de la referencia mundial a dichas dimensiones y de la diferencia con lo encontrado en estos aspectos en la Organización. Cabe destacar que seguramente existen sesgos de contexto ya que la mayoría de las organizaciones que componen la base de datos están en países desarrollados.

Este análisis brinda el marco conceptual del fenómeno de mejora, visible en la Figura 7, donde a nivel general todas las dimensiones aumentan su nivel de positividad. Esto es analizado detalladamente de manera descriptiva para lograr una mirada holística de la Organización, en dos puntos determinados del tiempo, en lo relacionado a la percepción de seguridad del paciente. Las secciones 5.1.1.5 y 5.1.2.5 junto a sus tablas respectivas brindan

un resumen de cada muestra, resaltando las áreas más propensas a mejorar y los efectos de las acciones implementadas. Dada la validación que el instrumento recibió (descrita en 4.5.1), la estadística descriptiva realizada es suficiente para entender que existió la mejora y que fue general con magnitudes diferentes por dimensiones, cumpliendo así con el rol pensado para la misma dentro de este Estudio.

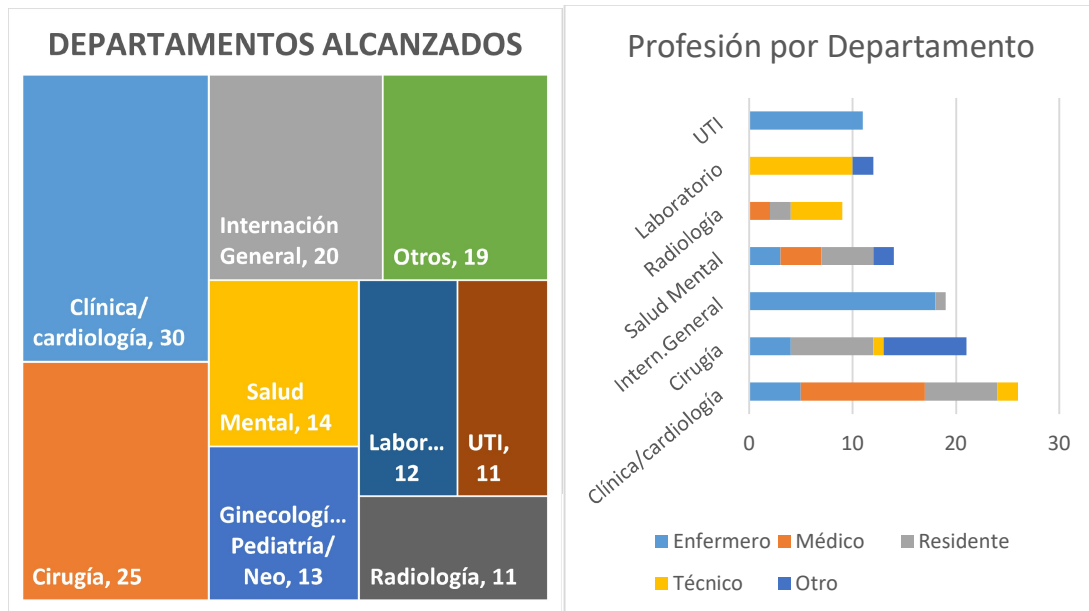
5.1.1 Primera aplicación del instrumento

El objetivo principal de la primera aplicación del instrumento fue el de obtener un punto de partida para la investigación y formular un marco referencial para la sección cualitativa. Al momento de realizarse la encuesta la Organización contaba con dos departamentos certificados en la norma ISO 9001:2008 de gestión de calidad surgidos de un proceso de calidad anterior, cancelado al momento de inicio del Estudio. Solamente se contaba con una consultora externa y dos tiempos parciales en los departamentos certificados.

5.1.1.1 Datos demográficos. Se siguieron los lineamientos de la guía provista por el creador de la herramienta para entidades con menos de 500 empleados en contacto directo con el paciente (Sorra et al., 2016) de acuerdo a lo expuesto en el capítulo metodológico. Se obtuvieron 155 respuestas, descartándose 7 por tener incompletas más del 50% de los ítems. Se alcanzaron 16 departamentos (Clínica, Cardiología, Enfermería General (Enfermería de Piso), Cirugía, Unidad de Terapia Intensiva (UTI), Ginecología, Pediatría, Kinesiología, Farmacia, Laboratorio, Radiología, Control de infecciones, Centro de Esterilización, Oncología, Anestesia y Salud Mental. La Figura 1 muestra los departamentos con la cantidad de respuestas obtenida y las profesiones. Se agrupó a los departamentos con menos de 10 respuestas en Otros (Kinesiología n=2, Farmacia n=2, Centro de Esterilización n=7, Anestesia n=1, Oncología n=3, Control de Infecciones n=1 y 3 que no se identificaron con ningún departamento). Se hizo una omisión con los departamentos de Pediatría (n=1), Neonatología (n=3) y Ginecología (n=9) debido a que comparten espacio físico por lo que se los agrupó de manera separada.

Figura 1

Departamentos, cantidad y profesión de los encuestados. Primera aplicación del instrumento



El 92,5% (n=135) interactuaba diariamente con los pacientes, siendo el restante enfermeros del Centro de Esterilización y personal de Farmacia, por lo que se cumplió el objetivo de puntualizar la aplicación del instrumento en el personal con atención directa. También se logró el objetivo de focalizar en médicos, enfermeros y técnicos. La Tabla 2 resume las profesiones de los encuestados junto con la cantidad de años en ejercicio y la antigüedad en la Organización y en el Departamento. El mayor grupo profesional encuestado fue el de Enfermería con un 41,2%. En “Otros” se encuentran los licenciados en Kinesiología, Psicología, Bioquímica y dos Asistentes. Más del 80% de los encuestados se encuentra en el rango de antigüedad de 1 a 10 años de ejercicio de su profesión que también coincide con la antigüedad en la Organización y en el Departamento.

Tabla 2

*Profesión, tiempo de trabajo en la misma, en la Organización y en su Departamento.
Primera aplicación del instrumento*

Variable	Categoría	N	%	% acum	Variable	Categoría	N	%	% acum
Posición laboral	Enfermería	61	41,2	41,2	Tiempo que lleva trabajando en la Organización	De 1 a 5 años	67	45,6	61,2
	Médicos	51	34,5	75,7		De 6 a 10 años	31	21,1	82,3
	Técnicos	28	18,9	94,6		De 11 a 15 años	16	10,9	93,2
	Otros	8	5,4	100,0		De 16 a 20 años	4	2,7	95,9
						21 años o más	6	4,1	100,0
Tiempo que lleva trabajando en su actual departamento	Menos de 1 año	38	25,9	25,9	Tiempo que lleva trabajando en su actual especialidad o profesión	Menos de 1 año	22	14,9	14,9
	De 1 a 5 años	69	46,9	72,8		De 1 a 5 años	65	43,9	58,8
	De 6 a 10 años	25	17,0	89,8		De 6 a 10 años	38	25,7	84,5
	De 11 a 15 años	4	2,7	92,5		De 11 a 15 años	11	7,4	91,9
	De 16 a 20 años	5	3,4	95,9		De 16 a 20 años	6	4,1	95,9
	21 años o más	6	4,1	100,0		21 años o más	6	4,1	100,0

El objetivo de alcanzar al personal que trabaja la mayor parte de su tiempo en la Organización también se cumplió. La cultura de una organización está profundamente arraigada en los comportamientos de sus integrantes y solo es posible percibirla correctamente compartiéndola durante largos períodos. Si bien la mayoría de los encuestados llevan menos de 5 años trabajando en la Organización –en especial los enfermeros tienen una rotación alta-, la Tabla 3 muestra que la cantidad de horas trabajadas semanalmente más frecuente es la de 40 a 69 con un 58,8% (n=87), dato significativo para la socialización necesaria para la comprensión correcta de la cultura. No se registraron respuestas de personas que trabajen menos de medio tiempo en la organización. Un 11,5% de los encuestados (n=17) admitió trabajar más de 80 horas a la semana poniendo de manifiesto una grave falla a la seguridad del paciente. Los 17 encuestados son médicos residentes. En la sección cualitativa se ahondará en la subcultura médica y como ninguno de los residentes manifestó, tanto en la pregunta abierta del cuestionario como en la entrevista grupal, que esto sea un problema para ellos o para los pacientes. Si mencionaron el sentimiento de aislamiento y la necesidad de ser acompañados por un médico de staff que los acompañe en la toma de decisiones.

Tabla 3*Horas trabajadas. Primera aplicación del instrumento*

Variable	Categoría	N	%	% acum
Horas semanales trabajadas	Menos de 20 horas	0	0,0	0,0
	De 20 a 39 horas	33	22,3	22,3
	De 40 a 59 horas	87	58,8	81,1
	De 60 a 79 horas	11	7,4	88,5
	De 80 a 99 horas	9	6,1	94,6
	Más de 100 horas	8	5,4	100,0

5.1.1.2 Resultado general. La herramienta utilizada, diseñada para el personal de una organización de salud, mide la cultura de seguridad del paciente en doce dimensiones agrupadas en 3 grandes áreas (Unidad, Organización y Medición). La Figura 2 resume los datos obtenidos de una manera general. De acuerdo con los parámetros impuestos, ningún grupo de dimensiones sobrepasa el 75% de respuestas positivas¹ y solo el grupo de Medición logra tener un promedio superior al 50%, escapando a la zona de oportunidad de mejora. Desagregado por dimensiones, el 67% puntúa como oportunidad de mejora. La dimensión Trabajo en equipo en la unidad (73% de respuestas positivas) es la única que intenta escapar de la zona neutra hacia la de fortaleza. Por el contrario, las dimensiones relativas a la cantidad suficiente de Personal (28%), Punitividad en los errores (34%) y Transferencias y transiciones (35%) presentan fuertes debilidades donde la Organización podría mejorar. La encuesta brinda, en rasgos generales, la idea de situación inicial de grandes oportunidades de mejora de una organización que funciona de una manera estática hace años y está comenzando a intentar cambiar su cultura de seguridad.

Los resultados encontrados se asemejan a los de la base mundial que provee la creadora de la herramienta. La Figura 3, extraída del software provisto por AHRQ, muestra esa semejanza. Si bien el promedio de la Organización es siempre inferior, solamente en 4 dimensiones la diferencia es mayor al 20% (Supervisor, Dirección, Comunicación y Personal). Con respecto a las dimensiones que presentaban fortalezas y oportunidades de mejora en la Organización, se repite la tendencia registrada por la base de datos mundial.

¹ Se recuerda que una dimensión debe obtener un 75% de respuestas positivas para ser considerada fortaleza, y un 50% para no ser considerada oportunidad de mejora. El cálculo del porcentaje es: Σ de respuestas positivas / respuestas totales de la dimensión.

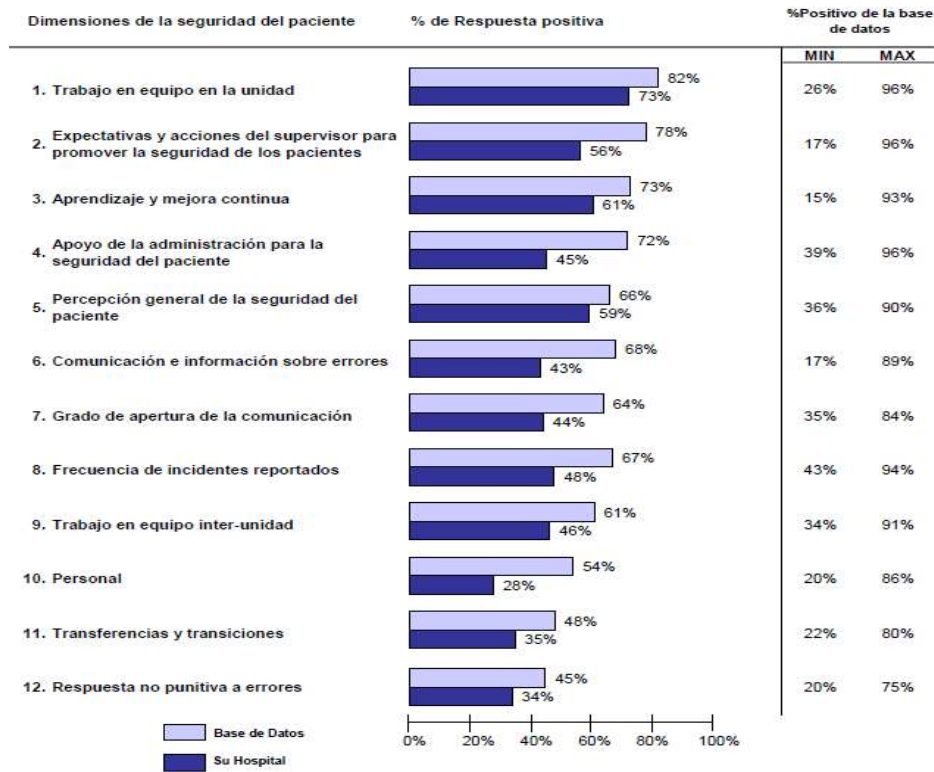
Figura 2

Resultados por Dimensión. Primera aplicación del instrumento



Figura 3

Comparación resultados con base de datos mundial. Primera aplicación del instrumento

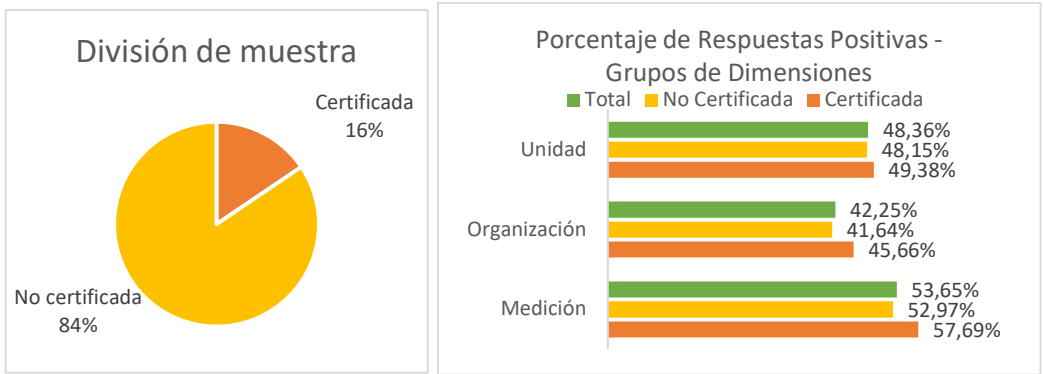


Al momento de la aplicación del instrumento, los departamentos de Laboratorio y UTI estaban Certificados por lo que se los agrupó (n=23) y comparó con el resto de los encuestados (n=125). La Figura 4 demuestra esta diferencia y el resultado superior en el porcentaje de respuestas positivas del grupo certificado por sobre los que no tenían dicho reconocimiento. La

huella de la certificación se hace más evidente en las dimensiones organizacionales y de medición, dado que la certificación ayuda a organizar el trabajo y normatizarlo de una manera objetiva. También impacta en el sentimiento de pertenencia a la organización y apoyo por parte de los directores. En la siguiente sección también se puede observar ítems donde la diferencia entre los departamentos certificados y los que no cuentan con el galardón es notoriamente marcada.

Figura 4

Departamentos con y sin certificación. Porcentaje de Respuesta positiva por grupos. Primera aplicación del instrumento



Dentro de cada dimensión existen ítems puntuados como negativos en los cuales se podrían enfocar procesos de mejora, elevando el resultado hacia áreas de fortaleza se vería impactada toda la dimensión. A su vez, existen departamentos o profesiones dentro de un ítem que merecerían mayor atención, con el mismo objetivo de suplir los puntos más débiles para lograr una mejora sustantiva en la dimensión que los comprende. Es por esto que se presenta un breve detalle de cada dimensión indicando sus principales características.

5.1.1.3 Dimensiones desagregadas.

5.1.1.3.1 Unidad de trabajo. Siete dimensiones investigan la cultura de seguridad del paciente en la unidad de trabajo. En este grupo se encuentran la dimensión mejor puntuada y también las más bajas. Desde una perspectiva de nivel jerárquico de los encuestados, este espacio social es el que mejor conocen ya que se trató de evitar encuestar a personas en puestos de dirección. Sobre todos los resultados expuestos en los siguientes párrafos es posible profundizar remitiéndose al Anexo V.

La dimensión que presenta la fortaleza más importante en la Organización, patrón que se repite en la base de datos, es la del Trabajo en equipo en la unidad. Los departamentos de Cirugía y Laboratorio son los únicos que no alcanzan el nivel de fortaleza, hecho que se repite

con las profesiones técnicas, presentándose aquí una oportunidad de mejora que elevaría la dimensión a fortaleza. Algunos ítems recibieron altos porcentajes de respuesta positiva, llegando al 100% en algunos grupos.

La segunda dimensión, Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes, mostró resultados neutros en general, presentándose como oportunidad de mejora en Laboratorio, Radiología y Clínica, acompañando los malos índices de positividad de técnicos (44%) y médicos (51%).

El Aprendizaje y la mejora continua es la segunda dimensión mejor puntuada (61%), llegando a 70% en las unidades certificadas (76% en UTI). Solo el departamento de Radiología cae a nivel de oportunidad de mejora (43%), siendo los técnicos nuevamente el grupo con peor positividad (56%). Se destaca el grupo de médicos con 70%.

Las últimas cuatro dimensiones presentan desafíos claros de mejora. Todos los resultados están por debajo del 50% de respuestas positivas, solo escapan ítems aislados por departamentos. Dos dimensiones indagan sobre el área de la comunicación. Comunicación e información sobre errores y Grado de apertura de la comunicación. Dentro de la primera dimensión, la diferencia entre unidades certificadas y no certificadas es de más del 10%. Los departamentos de Radiología (23%) y Clínica (28%) presentan las mayores oportunidades de mejora, con positivities 50% más bajas que el promedio. Analizado por profesión, la mayor oportunidad está entre los médicos (38%), seguidos por los técnicos. Como dato adicional, el ítem más bajo es el relacionado a retroalimentación por parte de la Dirección de la Organización (21%), donde las positivities son muy bajas o nulas (Radiología 0%, Clínica 4% y Cirugía 5%). El Grado de apertura de la comunicación mantiene un porcentaje similar a la dimensión anterior, encontrándose los peores porcentajes en Laboratorio y Enfermería General, en un rango intermedio Radiología, Clínica y Cirugía. UTI y Salud Mental sobresalen con 60% de positividad. Descripto por profesiones, los técnicos ofrecen la mayor oportunidad de mejora (31%) y los médicos, con 55%, obtienen el puntaje más alto. El personal no tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien, sobre todo entre los médicos, pero el porcentaje cae sensiblemente al responder sobre la libertad de cuestionar las decisiones de aquellos con mayor autoridad (25%), agravándose si se trata de técnicos (12%).

Las dos dimensiones con puntuación más baja en la encuesta son las de Personal y Respuesta no punitiva a errores, hecho que se repite a nivel mundial. La dimensión Personal presenta todos sus ítems en oportunidad de mejora, siendo mayor la oportunidad en los departamentos con mayoría de enfermeros (UTI y Enfermería General) donde los porcentajes positivos no superan el 20%. Esto está de acuerdo con los resultados por profesión que indican

que enfermeros y técnicos puntúan más bajo que médicos y residentes, sin modificar la tendencia que es marcadamente baja. Especialmente negativa fue la respuesta a tener que trabajar más horas de lo adecuado para la seguridad del paciente (llegando a 0% entre los médicos). Esta dimensión, junto con la no punitividad y el manejo de las transferencias, son las grandes áreas por trabajar en la Organización.

Finalmente, la dimensión Respuesta no punitiva a errores presenta una media baja (34%) que es constante cualesquiera sean la profesión y el departamento. Para entender el resultado bajo en la dimensión de respuesta no punitiva a errores se debe tener en cuenta el estado inicial del programa en la organización y que esta es por lo general la respuesta más baja. En la sección Cualitativa se analizará el cambio producido por los programas de mejora trancos o mal implementados que explicarían el mal promedio de la dimensión. Está es una gran oportunidad de mejora para la institución ya que requiere un cambio cultural, no económico. Se debe destacar que el departamento de Psiquiatría se separa del promedio negativo alcanzando un 62% de positividad. Las mayores oportunidades de mejora se encuentran en la profesión de Enfermería y en especial en el departamento de Enfermería General.

5.1.1.3.2 Organización. Esta sección está compuesta por 3 dimensiones relacionadas a la comunicación y transferencia de información entre unidades, y al apoyo de la Dirección. Las tres dimensiones que miden la cultura de seguridad del paciente desde procesos organizacionales suelen demostrar el estado de avance de una organización en el área. La sección obtuvo el peor puntaje (42,5%) y todas las dimensiones mostraron resultados inferiores al necesario para no ser consideradas oportunidades de mejora. Los departamentos de Radiología y Cirugía y los profesionales técnicos y residentes tuvieron las puntuaciones más bajas.

La dimensión Apoyo de la administración para la seguridad de los pacientes presenta una diferencia positiva de 6% en los departamentos certificados. Analizado por departamento, la mayor oportunidad de mejora radica en Radiología, Clínica y Cirugía, sobresaliendo positivamente los residentes sobre las demás profesiones. Esta dimensión podría mejorar sensiblemente si la Dirección mostrara un interés proactivo hacia la seguridad del paciente, dado que aquí se encuentran las respuestas más negativas en especial las de Radiología (0%).

El Trabajo en equipo interunidad tiene como aspectos destacables la falta de coordinación entre áreas y la presencia de un trato respetuoso al trabajar en equipo (reforzando el alto resultado positivo del respeto dentro de la unidad). Al desagregarlo por departamento, el respeto está presente como fortaleza (o cerca de ese nivel) en todos excepto Cirugía (48%)

y Laboratorio (55%), en especial entre los técnicos (en este grupo también se encuentran los Instrumentadores) que obtuvieron el resultado más bajo en la dimensión en el análisis por profesión. La coordinación tiene resultados inferiores al 30% en todas las áreas salvo en Salud Mental (50%) y presenta una situación de confusión propia de una organización dirigida de manera *ad hoc* sin procedimientos protocolizados. Es una sólida oportunidad de mejora ya que el formalizar canales de comunicación haría también notar la presencia proactiva de la Dirección, resaltada como faltante en el párrafo anterior.

La dimensión de Transferencias y transiciones es la tercer peor puntuada en la Organización (35%), segunda en la base de datos mundial. El promedio general de los ítems dentro de la organización es del 35%, llegando al 41% en las unidades certificadas. Esta diferencia se debe en gran parte al 57% de respuestas positivas con relación a la pérdida de información en los cambios de turno, mejora impulsada por la protocolización de los procedimientos. Analizados por departamento de trabajo, Radiología y los servicios de Clínica y Cirugía son los más bajos (22%), relacionándose con el porcentaje bajo de respuesta entre técnicos (20%) y médicos (26%).

5.1.1.3.3 Medición. Está área solo es integrada por dos dimensiones, Percepción general de la seguridad del paciente y Frecuencia de incidentes reportados. Sin embargo, es complementada por dos preguntas específicamente separadas en la herramienta sobre la Percepción del grado de seguridad del paciente en el Departamento y el Número de incidentes reportados por el encuestado. Los departamentos certificados evaluaron con mayor porcentaje positivo a la frecuencia de incidentes reportados y con un menor puntaje la percepción de seguridad del paciente. Se destaca aquí el efecto de la certificación en el mantenimiento de un sistema de reporte de errores y en el aprendizaje sobre que es considerado error. Al reflexionar de una manera sistemática sobre posibles causas de error es probable que se comiencen a encontrar posibles errores que antes pasaban desapercibidos.

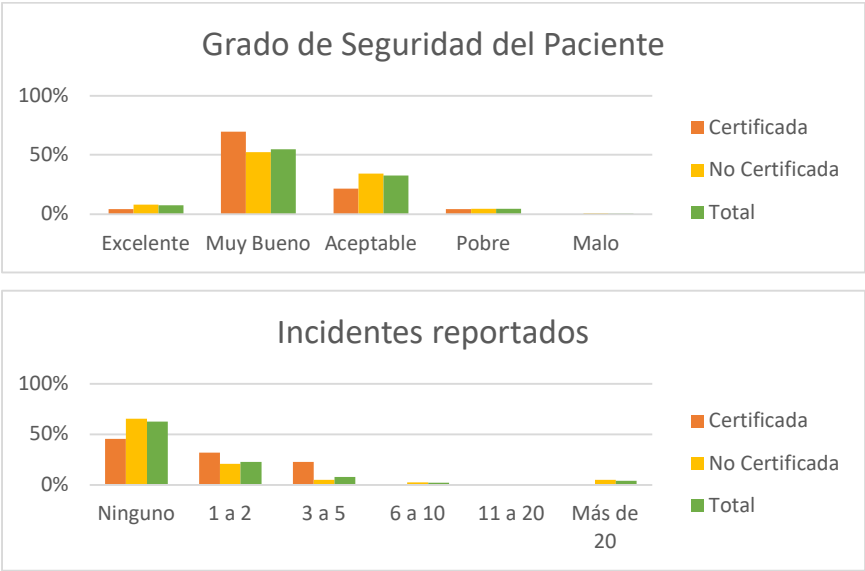
La dimensión Percepción general de la seguridad del paciente se encuentra en la sección neutra con un 59% de positividad, siendo 8% más alto el promedio de los departamentos no certificados. Analizados por departamento Radiología presenta la mayor oportunidad de mejora con 45%, destacándose Salud Mental con 73% de positividad. Por profesiones, los médicos se encuentran casi en posición de fortaleza con 72%, quedando técnicos, residentes y enfermeros relegados con un 56% de positividad promedio. A pesar de estos resultados, al responder sobre el grado de seguridad del paciente en el departamento, el 55% manifestó que era muy bueno, destacándose la UTI con 82% de respuestas en este intervalo. Otro 32% lo hizo

en el intervalo medio, aceptable. A pesar de que los médicos tuvieron un mayor porcentaje de positividad en los ítems de la dimensión, ninguno categorizó al grado como excelente.

La última dimensión, Frecuencia de incidentes reportados, presenta un global del 48% de respuestas positivas con un máximo de 61% en las unidades certificadas, llegando a un 73% de respuestas positivas en el ítem referido a reportar un error descubierto y corregido antes de afectar al paciente. El departamento de UTI sobresale con un 82% de respuestas positivas, siendo el único departamento en categoría de fortaleza. Los departamentos de Radiología y Clínica se encuentran en el extremo opuesto con 30% y 35% respectivamente. Tomando las profesiones como variable, solamente los residentes caen por debajo de la línea de oportunidad de mejora. Realzar la importancia de reportar todos los errores sin importar su gravedad podría aumentar sensiblemente la dimensión. A pesar de esta percepción, como muestra la Figura 5, el 85% de los encuestados no hizo más de 2 informes de errores en el último año, número que se reduce levemente (77%) al tomar solo los departamentos certificados. En congruencia con esto, los encuestados que redactaron más de 2 informes son enfermeros de la UTI y, en menor cantidad, técnicos de Laboratorio.

Figura 5

Grado de seguridad del paciente. Incidentes reportados. Primera aplicación del instrumento



5.1.1.4 Pregunta Cualitativa. La HSOPS finaliza con una pregunta abierta que indica un espacio libre para realizar cualquier comentario relacionado a la seguridad del paciente, error o incidentes reportados. Se obtuvieron respuestas en 29 de las 155 encuestas (19%). Todos los departamentos analizados anteriormente tuvieron representación con excepción de Salud Mental. Por el volumen reducido de respuestas se toman los comentarios como

orientativos y no representativos del total de empleados. Dividido por profesiones los enfermeros representaron el 45% de las respuestas y los médicos y técnicos el 25% cada uno. Solamente un residente, de los 29 que completaron la encuesta, respondió a esta pregunta.

Para el análisis se siguió el esquema de categorías para el análisis cualitativo. Salvo dos excepciones, las encuestas pudieron ser incluidas en una sola categoría ya que solo se manifestaba un tema en la misma. Se separaron 5 respuestas que hacían referencia a problemas de funcionalidad específica de equipamiento por no ser el eje central de esta investigación, todas realizadas por enfermeros.

El tema más recurrente fue el de la comunicación externa e interna (9 respuestas). La situación de pase y autonomía entre servicios pareciera ser un tema recurrente, un Instrumentador ejemplifica: *“No hay comunicación médico-enfermero. La secretaria saca las indicaciones y enfermería no se preocupa en valorar esos pedidos. No hay comunicación de servicios y mucha discordancia de información sobre el paciente. Poca organización y gestión. Existe por desgracia recelo entre servicios”*. Un compañero indicó: *“Muchos errores se podrían evitar comunicándose más y que cada uno de los involucrados en la atención al paciente llámese médico, enfermero, secretaria cumplan conscientemente con su trabajo”*. Un Médico afirmó: *“Lo más complejo es manejar “incidentes” cuando se involucran otros servicios, no hay una directiva clara de cómo proceder y las auditorias por casos de pacientes se demoran meses”*. Además, agregó el único comentario explícito relativo a la visión punitiva del error entre los empleados: *“Es difícil indicar o señalar un incidente sin que el otro lo interprete como “algo personal” y no como un hecho que no debe repetirse”*.

Es interesante destacar que, si bien el respeto puntuó muy alto en la Organización, esta no pierde tendencias propias del ambiente de la salud. El grado de profesionalización e independencia detallado en el marco teórico se observa en la lealtad del personal que se vincula a sus pares por sobre otros empleados. El pase de culpa entre profesiones fue notado como una razón de inseguridad, un Médico escribió: *“La mayoría de los errores o incidentes ocurren por falta de control de parte de enfermería en los pases o falta de alarmas ante los controles”*. Otro colega comentó: *“Personalmente he tenido inconvenientes con el personal de enfermería en sectores de internación clínica. Creo que se debe a que dicho personal no está suficientemente capacitado o no tiene las horas prácticas necesarias (recién recibidos) y porque hay un alto recambio de personal nuevo*. En oposición, un Técnico manifestó: *“Los médicos pasan por alto recomendaciones que se le dan al paciente para hacerse análisis. Ej.: paciente en ayunas, el médico dice que se los haga igual. Horarios, le dicen a qué horas van a estar, sin saber la demora de los mismos”* y un Enfermero recalcó: *“Considero que algunas*

indicaciones están mal formuladas por los médicos y esto lleva a error por mala interpretación". Escapa a esta línea el comentario de un Médico Clínico con respecto a sus colegas de otros departamentos y la medicación: *"No se leen las historias clínicas por indicaciones dadas en pacientes del consultorio por otros colegas y se superponen fármacos de similar efecto"*. Esta diferencia entre médicos y el resto del personal fue ampliada en el marco teórico como un punto muy importante en el avance de la cultura de seguridad del paciente. El compromiso de los médicos ha sido el más difícil de lograr. Su importancia en el proceso de salud los pone en posición de liderazgo natural, careciendo, en su mayoría, de habilidades blandas de liderazgo de equipo. Por esta razón, se incluirá una categoría específica en el análisis cualitativo para profundizar su estado en la Organización.

La comunicación y organización interna también recibe críticas. Un Enfermero menciona la falta de organización y comunicación referida a los turnos y el efecto sobre el paciente: *"Los cambios de turnos de enfermería son continuos. Te pasan del turno mañana a la tarde, a la noche y sin previo aviso, sólo unos días antes. Esto hace que uno duerma poco y va al turno sin dormir lo suficiente. Mayor margen de error en medicación sobre todo"*. Las ineficiencias propias de una comunicación no efectiva resultan en pérdida de tiempo en la realización de otras funciones, especialmente los fines de semana y feriados, tema que también influye en el malestar de los que no tienen fines de semana libres. Un enfermero recalcó: *"Debería haber más comunicación entre compañeros o entre los jefes cuando realizan cambios de último momento. Los fines de semana y feriados uno se siente sin apoyo, o no se encuentra a la gente que se necesita de los diferentes servicios/áreas. Cuesta enganchar llamados o comunicarse con la gente de guardia, el enfermero termina siendo secretario, cadete, muchas veces dar la cara por ausencia o lentitud de la respuesta médica"*. Por otro lado, dos Técnicos mencionaron: *"El laboratorio es el único servicio que no tiene un domingo al mes libre"*.

La encuesta realizada destacó a la dimensión Personal como la más baja en la Organización. No es extraño encontrar que el 17% de los comentarios mencionaran aspectos de esta índole. Una mayoría se refería a asuntos puntuales que no se vinculan directamente con la seguridad del paciente: mayor estacionamiento techado, servicios de masoterapia e hidroterapia gratuitos, mejoras salariales y de premios. Dos aspectos más cercanos a la seguridad del paciente que fueron repetidos en los comentarios fueron la poca capacitación previa del personal nuevo y la necesidad de contar con mayor personal técnico en el departamento de Radiología por la tarde. En cuanto a la primera, un Instrumentador mencionó: *"Otra cosa es falta de tiempo para entrenar al nuevo personal; hay servicios donde el personal*

necesita mínimo seis meses para aprender el trabajo y se lo recluta una semana antes por ahorro de presupuesto”, un Enfermero destacó: “Me parece excelente la seguridad del paciente, a tal punto que se olvida de la comodidad, satisfacción sobre todo la seguridad físico psíquico del personal. Creo que debemos empezar por preocuparnos más por el enf. y adm. logrando que cada día sea productivo, acorde a nuestros principios cristianos”. Por parte de los Técnicos en Laboratorio afirman: “Falta personal y no se incorpora gente, lo que genera que se recarga al que se tiene”, y todos los comentarios provenientes del departamento de Radiología se orientaban a la falta de personal a la tarde y su impacto sobre los pacientes: “Estamos necesitando más personal para el turno tarde, muchas veces hay pacientes que esperan hasta dos horas para ser atendidos. Porque una sola persona no puede atender todo el servicio a la tarde. No se pueden hacer tomografías y radiografías al mismo tiempo y atender a los pacientes internados y de la guardia. Se manifiesta un descontento con los pacientes”.

A pesar de ser otra dimensión con positividad baja, solamente dos comentarios destacaron negativamente al Apoyo de la Dirección. Un Médico comentó: *“Creo que se enfatiza mucho en el error. Si bien es una de las formas de mejora me parece que visitar más tiempo (quedarse una mañana o, dos o tres horas) cada sitio de la Organización es la única forma de saber cómo funcionan las cosas; recalcar lo bueno y cambiar el error. Otro colega mencionó: “Es muy importante esta investigación. Debería ser prioritario para cada servicio la seguridad del paciente. Debería ser un compromiso de esta institución tomar las medidas necesarias para articular Dirección general, mandos medios, personal con reglas concretas, objetivos, herramientas y evaluación constante procurando alcanzar las metas de calidad en cuanto a seguridad. Se necesita mucha exigencia, y ser más estrictos sin dejar de lado los valores y formas cristianos, es todo un desafío”.* Esta idea de que los valores y formas cristianas impactarían positivamente en la seguridad del paciente por ser una Organización cristiana, con personal mayormente cristiano, fue repetida constantemente en las entrevistas y grupos focales. Su fundamento subjetivo dificulta su comprobación empírica, lo que no la elimina como un impulsor natural del cambio y la mejora continua. Un Residente mencionó: *“Un profesional cristiano puede aportar mayor seguridad al paciente que uno que no lo es. Los principios cristianos reales son lo que se requiere”.*

Algunos Enfermeros de UTI destacaron que la certificación había mejorado la seguridad del departamento. *“En mi servicio se trabaja de manera diferente que en otros servicios (ya que está certificado), se ve una preocupación por parte del personal como jefes en la mejora continua y eso hace la diferencia. Siempre tenemos que mejorar algo por el bien de todos los pacientes y personal directo de atención. De manera opuesta, otro compañero*

identificó que perdían mucho tiempo llenando papeles por culpa de la certificación que luego no se utilizaba para cambiar, reforzando la idea de la falta de retroalimentación y comunicación formal. Finalmente, un Enfermero de UTI realizó un comentario destacable por su capacidad de anticipación a lo que ocurriría en la Organización, evidencia de que el aprendizaje logrado en el proceso de certificación de ese departamento brinda herramientas para entender lo que demanda la seguridad del paciente: *“Para poder lograr trabajar con la seguridad del paciente es necesario armar un equipo de seguridad del paciente con una o dos personas exclusivas para esto, ya que la implementación del mismo está comprobado que lleva tiempo y mucha dedicación”*. Esto es exactamente lo que ocurrió dos años después, movilizador principal del cambio reflejado en la segunda aplicación del instrumento.

5.1.1.5 Resumen de fortalezas y oportunidades de mejora. El análisis descriptivo de la primera aplicación del instrumento denota fortalezas en la cooperación y coordinación dentro de las unidades. La valoración de la persona y el respeto al tratar con otras unidades también recibe puntuaciones altas. Se evidencia que la certificación ha formalizado procedimientos internos, aumentado la percepción de involucramiento de la Dirección y de retroalimentación de los programas implementados, pero no se puede generalizarlo para otras dimensiones de la seguridad del paciente. A su vez, el departamento de Salud Mental no está certificado, pero obtiene altas positividad en la mayoría de las dimensiones.

Las oportunidades de mejora son evidentes y presentes en todas las dimensiones. De las 12 dimensiones solo 4 logran sobrepasar la línea de oportunidad de mejora, ninguna puede ser calificada como Fortaleza. Dentro de las dimensiones existen ítems donde la puntuación llega a ser nula analizada desde la óptica profesional o funcional. Se avanzó demostrando que un cambio específico en un grupo de ítems podría ayudar a incrementar exponencialmente el grado de positividad de la dimensión.

Algunas de las falencias encontradas en el estudio cuantitativo, fundamentadas por las respuestas provistas en la pregunta cualitativa al final de esta, se listan a continuación:

- Sistemas formales inexistentes de intercambio de información entre áreas
- Sectorización y unidad entre profesiones
- Falta de protocolización de tareas y funciones que complejizan la circulación de la información.
- Bajo grado de apertura de la comunicación en cierto grupo de profesionales.
- La percepción de (des)interés en el tema por parte de la Dirección
- El miedo a la exposición basada en un concepto erróneo del error punitivo

- Sobrecarga laboral y problemas de capacitación
- Ausencia de canales claros de reporte y retroalimentación que llevan a:
 - Un bajo nivel de reporte de incidentes
 - La ausencia de retroalimentación a las sugerencias de cambios realizadas

Todo lo expuesto se interrelaciona creando una sinergia negativa, presente en una organización en la que la seguridad del paciente no es prioridad. Bajo el mismo concepto, el intento de mejora en cualquier ítem beneficiará a todos. Las falencias al momento del inicio del Estudio son tan pronunciadas que una pequeña acción en la dirección correcta debería tener efectos proporcionalmente mucho mayores.

Siguiendo el proceso expuesto en la Metodología, los datos recabados, expuestos en la sección anterior fueron organizados y tabulados para orientar las categorías de preguntas de las encuestas y grupos focales. La Tabla 4 organiza las oportunidades de mejora, la dimensión que la contiene y la categoría. A estas, se agregan dos más nacientes del marco teórico y la pregunta cualitativa de cierre de la encuesta:

- Se agrega la categoría “Relación con Médicos” para indagar sobre el cambio en estos líderes naturales en la apertura de la comunicación y el trabajo en equipo.
- Basado en el enfoque cultural de Schein, se indagará sobre la percepción de valores que individualizan a la Organización de otras similares. El énfasis está puesto en determinar si los empleados consideran a la identificación con una religión como un impulsor de esta diferencia y de una mejor seguridad del paciente, basado en su utilización como parámetro de comportamiento.

Tabla 4*Oportunidades de mejora por dimensión. Primera aplicación del instrumento*

Categoría	Dimensión	Oportunidad de Mejora
Comunicación	1	Las áreas profesionales de los departamentos de Clínica y Cirugía no se comunican bien, los técnicos también presentan resultados bajos.
	9	Mala coordinación entre unidades, lo notan en especial técnicos (muy bajos en respeto) y médicos.
	10	Existen problemas en las transferencias internas de pacientes, se pierde información. Los enfermeros tienen más positividad (por UTI).
	4	Baja positividad en la dimensión de comunicación (especialmente Radiología, Clínica, 50% por debajo de otros departamentos).
	3	Aprendizaje continuo bajo en técnicos y Radiología.
	5	Miedo generalizado a enfrentar a los supervisores (se profundiza en técnicos y, en menor manera, enfermeros).
Dirección General / Supervisión	2	Simplificación de procesos en momento "crisis".
	4	Baja percepción de retroalimentación de cambios por parte de la Dirección (especialmente Radiología y Clínica).
	5	Miedo generalizado a enfrentar a los supervisores (se profundiza en técnicos).
	6	El personal siente que trabaja más horas de lo que es seguro para el paciente (excepto Salud Mental).
	8	Las unidades certificadas tienen más positividad. Pero es un área con mucha debilidad (muy baja en Radiología, Clínica y Cirugía). La Dirección no es proactiva (en especial técnicos y médicos).
Error punitivo	7	Miedo generalizado a informar, a que el error sea tomado en contra y a que quede en el legajo, a excepción de Salud Mental (baja especialmente entre enfermeros que no forman parte de UTI).
	12	El reporte de incidentes es muy bajo (15%). Los enfermeros y en especial UTI reportan más.
Percepción de seguridad	11	La certificación parece no afectar (UTI y Laboratorio en posiciones opuestas). Los médicos la perciben más alta (20%). La dimensión tiene positividad baja pese a que se piensa que en la unidad hay muy buena seguridad del paciente.

5.1.2 Segunda aplicación del instrumento

El objetivo principal de la segunda aplicación del instrumento fue el de obtener un punto final para la investigación, destacando el cambio en la cultura de seguridad del paciente de los procesos implementados por la incorporación del DCMP en la Organización. De manera similar a la primera aplicación, se cuenta con dos departamentos certificados en la norma ISO 9001:2015 de Gestión de Calidad, a los que se le añaden tres departamentos próximos a

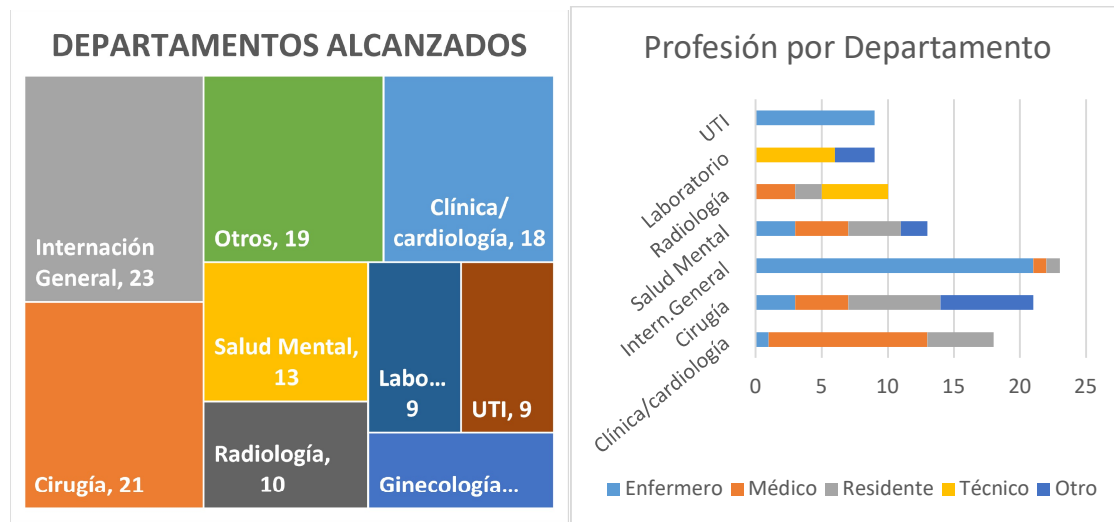
certificarse, uno de los cuales se había planificado para este año debiendo ser suspendido por la Pandemia. La estructura se amplía con la EDS, una consultora externa y personal dedicado en algunos departamentos, un Comité de Auditoría centrado en la calidad compuesto por empleados de cada departamento, un licenciado en sistemas encargado de estadísticas y un Sub-Director Médico Informático.

5.1.2.1 Datos demográficos. Siguiendo la base de la primera encuesta, se intentó replicar con la mayor exactitud posible profesiones y departamentos alcanzados. Esto implicó encuestar a departamentos y personas que no fueron alcanzados directamente por los planes de mejora de procesos. La realización de la encuesta llevó 4 meses debido a la Pandemia, que obligó a reducir permisos de acceso. Se obtuvieron 130 respuestas (84% de la primera aplicación del instrumento), alcanzándose los mismos departamentos (Clínica, Cardiología, Enfermería General, Cirugía, UTI, Ginecología, Pediatría, Kinesiología, Farmacia, Laboratorio, Radiología, Control de infecciones, Centro de Esterilización, Oncología, Anestesia y Salud Mental). Dentro de los mismos, se intentó respetar la cantidad de empleados alcanzados y la profesión de estos, la Figura 6 muestra un comparativo de la cantidad de integrantes de los principales departamentos en la primera y segunda aplicación del instrumento, siguiendo el esquema de la primera. Este objetivo se cumplió con leves desvíos. Solo existen diferencias menores en los grupos de departamentos de Clínica y Ginecología/Pediatría/Neonatología quienes cedieron participación a enfermeros de Enfermería General. A su vez, el porcentaje de médicos y enfermeros aumentó levemente disminuyendo el porcentaje de respuestas de Residentes y Técnicos. La Tabla 5 resume las profesiones de los encuestados junto con la cantidad de años en ejercicio y la antigüedad en la Organización y en el Departamento.

El 90,7% (n=117) interactuaba diariamente con los pacientes, siendo el restante enfermeros del Centro de Esterilización y Farmacia, disminuyendo 1% sobre el porcentaje de la primera aplicación del instrumento, por lo que se cumplió el objetivo de puntualizar la aplicación del instrumento en el personal con atención directa. También se repitió el objetivo de focalizar en médicos, enfermeros y técnicos. En “Otros” se encuentran los licenciados en Kinesiología, Psicología, Bioquímica y dos Asistentes.

Figura 6

Departamentos, cantidad y profesión de los encuestados. Segunda aplicación del instrumento



En cuanto al área de antigüedad en la profesión, la Organización y el Departamento, se encontró la mayor diferencia demográfica. La frecuencia acumulada hasta los 10 años de ejercicio era superior al 80% en la primera aplicación del instrumento. En la ésta, el número cae entre un 15% y 20%. Esta mayor antigüedad puede ser explicada por el aumento de la proporción de profesionales médicos por sobre los técnicos y residentes en la aplicación del instrumento.

Tabla 5

Profesión, tiempo de trabajo en la misma, en la Organización y en su Departamento. Segunda aplicación del instrumento

Variable	Categoría	N	%	% acum
Posición laboral	Enfermería	52	40,00	40,00
	Médicos	48	36,92	76,92
	Técnicos	18	13,85	90,77
	Otros	12	9,23	100,00
Tiempo que lleva trabajando en su actual servicio	Menos de 1 año	11	8,66	8,66
	De 1 a 5 años	56	44,09	52,76
	De 6 a 10 años	28	22,05	74,80
	De 11 a 15 años	17	13,39	88,19
	De 16 a 20 años	6	4,72	92,91
	21 años o más	9	7,09	100,00

Variable	Categoría	N	%	% acum
Tiempo que lleva trabajando en esta Organización	Menos de 1 año	4	3,10	3,10
	De 1 a 5 años	46	35,66	38,76
	De 6 a 10 años	34	26,36	65,12
	De 11 a 15 años	21	16,28	81,40
	De 16 a 20 años	9	6,98	88,37
	21 años o más	15	11,63	100,00
Tiempo que lleva trabajando en su actual especialidad o profesión	Menos de 1 año	3	2,34	2,34
	De 1 a 5 años	50	39,06	41,41
	De 6 a 10 años	32	25,00	66,41
	De 11 a 15 años	17	13,28	79,69
	De 16 a 20 años	13	10,16	89,84
	21 años o más	13	10,16	100,00

En cuanto a las horas trabajadas, la primera aplicación del instrumento había mostrado que la mayor frecuencia se registraba en el rango de 40 a 69 horas (58%), este resultado se repite de manera casi idéntica en la segunda aplicación del instrumento (ver Tabla 6). Se nota un descenso sensible (9%), esperado por la baja en el porcentaje de residentes encuestados, en el personal que dice trabajar más de 80 horas. Con la excepción de dos médicos clínicos, todos los encuestados que respondieron a trabajar más de 60 horas por semana son residentes.

Tabla 6

Horas trabajadas. Segunda aplicación del instrumento

Variable	Categoría	N	%	% acum
Horas semanales trabajadas	Menos de 20 horas	3	2,31	2,31
	De 20 a 39 horas	38	29,23	31,54
	De 40 a 59 horas	77	59,23	90,77
	De 60 a 79 horas	9	6,92	97,69
	De 80 a 99 horas	1	0,77	98,46
	Más de 100 horas	2	1,54	100,00

5.1.2.2 Resultado general. Al comparar los resultados de ambas aplicaciones del instrumento, el cambio en la cultura de seguridad de los pacientes es destacable. Agrupadas por grandes áreas, todas se encuentran en la neutralidad (a diferencia de solamente la agrupación de Medición en la primera aplicación). El aumento fue del 8% en Unidad, 15% en Organización y 7% en Medición. La diferencia entre los departamentos con certificación y aquellos que no la tienen se ha duplicado, llegando los primeros muy cerca de clasificar como fortaleza en los grupos de Organización y Medición. La Figura 7 muestra que, divididas por dimensiones, todas obtuvieron mejoras. El cambio más significativo fue en aquellas dimensiones relacionadas a la Organización, encontrándose el máximo en Apoyo de la administración para la seguridad del paciente (23%) y el mínimo en Trabajo en equipo en la unidad (4%). Las dimensiones Personal y Respuesta no punitiva a errores, con un crecimiento menor al promedio, continúan siendo las más bajas destacándose como las áreas a enfocar en los siguientes años.

La nueva base de datos mundial provista por AHRQ, compara a la Organización con 630 organizaciones de salud donde se realizó la misma encuesta. De acuerdo con la Figura 8, a nivel mundial, cinco dimensiones tuvieron aumentos porcentuales de entre 1% y 2% y dos sufrieron retrocesos del 1%. La comparación demuestra que la diferencia se ha reducido significativamente e incluso se ha convertido en positiva en tres dimensiones. De seis dimensiones que presentaban diferencias negativas mayores a 20% en la primera aplicación

del instrumento, solo dos mantienen la diferencia (Personal y Comunicación). Las mayores oportunidades de mejora, de acuerdo con la comparación, provienen de estas dos áreas.

Figura 7

Resultados por dimensión. Ambas aplicaciones del instrumento

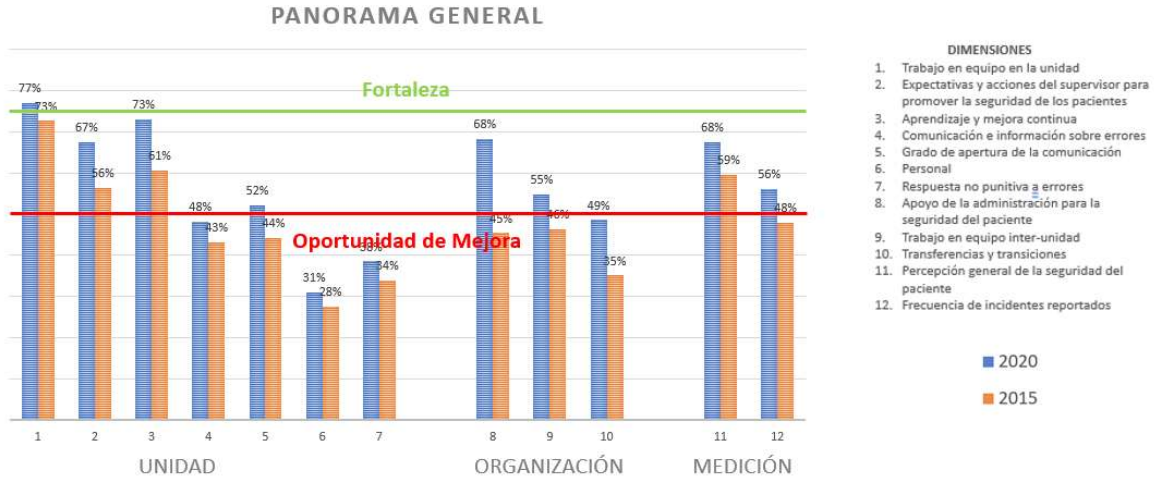
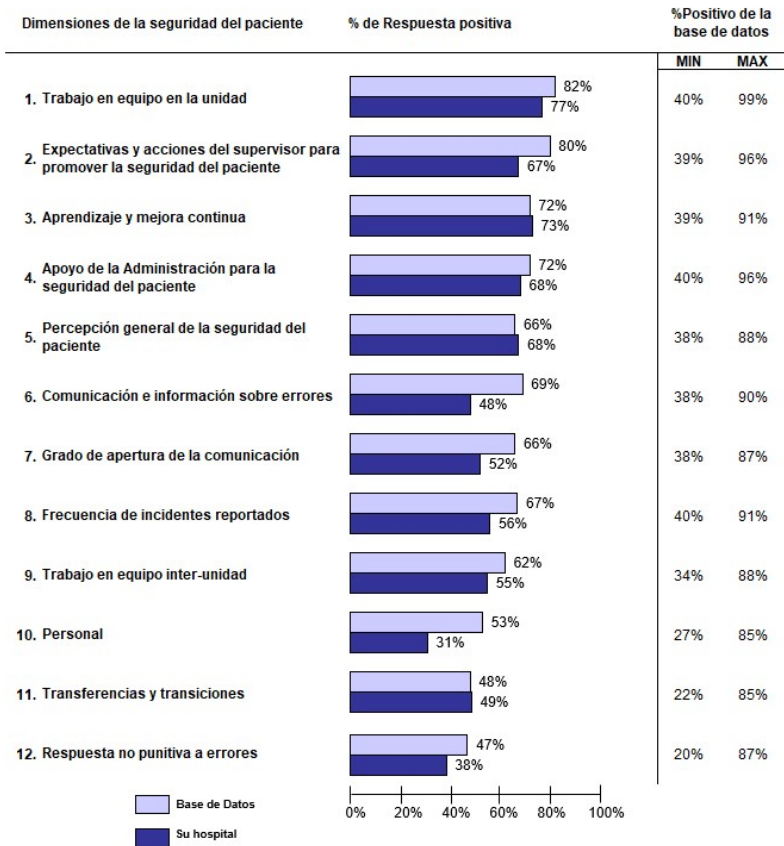


Figura 8

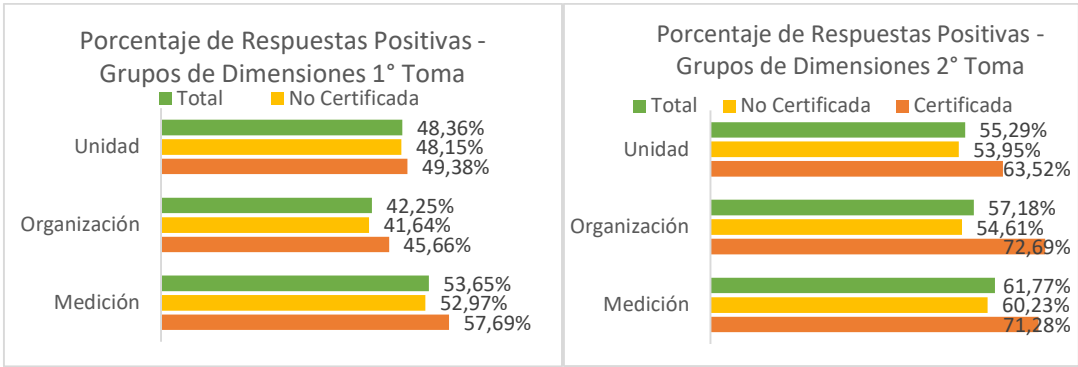
Comparación resultados con base de datos mundial. Segunda aplicación del instrumento



Los departamentos certificados aumentaron la diferencia porcentual con los otros departamentos. El cambio en los grupos de dimensiones, expuesta en la Figura 9 se amplió en 8,34% en la Unidad, 14,06% en Organización y 6,33% en Medición, llegando las últimas dos a porcentajes superiores al 70%, escalando hasta un 27% con respecto a la primera aplicación del instrumento. La mejora constante y cada vez más marcada de estos departamentos se asemeja a lo expuesto en el marco teórico sobre la extensión a largo plazo de estos procesos. Los resultados mostraron que un 15% de los encuestados pertenecían a este grupo disminuyendo 1% con respecto a la primera aplicación del instrumento.

Figura 9

Comparación entre aplicaciones del instrumento de diferencias entre departamentos con y sin certificación por grupo de dimensión. Segunda aplicación



5.1.2.3 Dimensiones Desagregadas.

5.1.2.3.1 Unidad de trabajo. Los resultados reflejan una similitud de extremos similar a la primera aplicación del instrumento. En este grupo se encuentran las dimensiones más positivas y también las más negativas. Por el perfil de los encuestados este sigue siendo el grupo de dimensiones más cercano y con más conocimiento para ellos. Si bien este fue el grupo de dimensiones con promedio de crecimiento más bajo (7%), dos dimensiones se destacaron con subas superiores al 10%: Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes y Aprendizaje y mejora continua. Por su parte, Personal, Respuesta no punitiva a errores y Comunicación e información sobre errores tuvieron los peores porcentajes de suba (3% y 5%). Los resultados de los siguientes párrafos presentan lo más destacable en cuanto al cambio positivo y negativo de los ítems dentro de las dimensiones, relacionándolos con el departamento de trabajo y la profesión del encuestado, los resultados completos están disponibles en el Anexo V.

La dimensión más positiva dentro del grupo Unidad, y en todo el Estudio, continúa siendo la de Trabajo en equipo en la Unidad. En esta aplicación del instrumento, la dimensión ha sobrepasado el nivel determinado para ser calificada como fortaleza por los creadores de la herramienta, incrementándose en un 4%. Analizado por departamentos, se vuelve a destacar un alto respeto en la unidad, alcanzando respuestas del 100% de positividad en UTI, Clínica y Salud Mental. El departamento de UTI continúa teniendo el mejor puntaje y el otro departamento certificado, Laboratorio, el peor. Este promedio resulta en una de las dos dimensiones donde los departamentos certificados puntuaron por debajo de los que no cuentan con certificación. Laboratorio no pudo alcanzar la línea de fortaleza en ninguna de los ítems y fue particularmente bajo (22%) en los ítems de apoyo entre áreas, porcentaje que comparte con Radiología. Esto se justifica con el pobre porcentaje de positividad en la dimensión por parte de los técnicos (63%, sin cambio desde la primera aplicación del instrumento), comparado con el de los enfermeros (86%). El cambio más fuerte en esta dimensión se observa en el ítem más débil, el del apoyo entre áreas, con subas promedio del 11%.

Dos dimensiones dentro del grupo de Unidad tuvieron subas superiores al 10%: Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente y Aprendizaje y mejora continua, llegando ésta a superar el promedio mundial. Estas dimensiones se encontraban en la zona inferior del rango neutro y pasaron a ocupar posiciones cercanas a fortaleza, sin alcanzarla. En ambas, el promedio de los departamentos con certificación fue de fortaleza. En la dimensión de Expectativas, el cambio más importante se produjo en la suba de los departamentos certificados (27%) y Clínica (24%), donde tres de los cuatro ítems son fortalezas. De manera opuesta, Radiología decreció un 20%. Analizado por profesión, se observó una mejora similar en todas las profesiones, decayendo levemente en el grupo de los residentes.

La dimensión de Aprendizaje, segunda mejor puntuada en ambas aplicaciones del instrumento, obtuvo una mejora significativa en el grupo de enfermería (27%), especialmente dentro del departamento de Enfermería general, donde la mejora llegó al 54% en el ítem de evaluación de la efectividad de los cambios. UTI y Clínica aumentan un 18%. Radiología vuelve a ser el peor puntuado, disminuyendo en un 12%, continuando como oportunidad de mejora. Analizado por profesiones, el mayor cambio positivo se haya en los enfermeros, teniendo bajas en el grupo de residentes y médicos de 5% promedio.

Las siguientes dos dimensiones tienen como centro a la comunicación y su apertura. En la primera aplicación del instrumento, ambas se encontraban por debajo de la línea de oportunidad de mejora. El cambio en ambas ha sido bajo, siendo levemente mayor en la

dimensión Grado de apertura de la comunicación. La excepción son los departamentos certificados que obtienen porcentajes de positividad entre 15% y 20% superiores. Dentro de la dimensión Comunicación e información sobre errores se destacan dos situaciones importantes. La primera, es el alto puntaje de positividad obtenido por el departamento de UTI (92%), debido a una mejora del 34% entre aplicaciones, a comparación de los demás departamentos cuyos promedios rondan el 50% de positividad. En segundo lugar, el aumento en esta dimensión se debe, en gran medida, al 17% de suba en el ítem que hace referencia a la retroalimentación por parte de la Dirección de los cambios ocurridos por los informes de incidentes. En el análisis por departamento, Radiología y Clínica continúan por debajo del 40% y los departamentos de Cirugía y Laboratorio sufrieron bajas en la positividad, especialmente en la pregunta sobre retroalimentación mencionada anteriormente. Sorprende en este ítem el 34% de baja en Laboratorio. En los dos ítems restantes, sin tener en cuenta a UTI que puntuó 100%, los resultados son neutros o descendientes, especialmente en la información sobre errores, con bajas mayores al 20% en tres departamentos. Analizado por profesión, los enfermeros, de la mano de UTI, avanzan 23%, médicos y técnicos mantienen su puntaje y los residentes disminuyen 13%, siendo los peores puntuados en esta dimensión y la siguiente.

El Grado de apertura presenta porcentajes ascendentes en todos sus ítems y en todos los departamentos salvo, Radiología (-9%), con especial énfasis en UTI, Laboratorio y Enfermería. Sin embargo, el promedio de la dimensión todavía está lejos de la media mundial y solo UTI y la Enfermería General logran tener ítems en situación de fortaleza. El ítem con suba más moderada es el de desafiar las decisiones del supervisor, siendo el menor promedio en toda la dimensión. En Cirugía, este ítem tuvo una baja del 17%, que fue compensada con una suba del 39% en el ítem de libertad para hablar, donde los médicos siguen puntuando 10% por encima de todos los demás. En este ítem, Radiología decreció un 26%. Por grupo de profesionales, el mayor cambio se encuentra entre los técnicos (+23%), en especial de Laboratorio, seguido por enfermería, permaneciendo casi neutros los médicos y residentes.

La dimensión que presentó el menor cambio fue Personal. También tiene la positividad más baja (31%) y la diferencia más grande con el promedio mundial (-22%). Los departamentos certificados tienen un promedio 10% mayor. Desagregado por departamento, gran parte de la pequeña mejora se debe a los departamentos de UTI (+30%) y Laboratorio (+10%), con subas del 62% y 31% en el ítem de personal suficiente para realizar el trabajo. El departamento de Salud Mental es el único que logra pasar la barrera de oportunidad de mejora con un 51% de positividad general, siendo Radiología el que más cae (-18%) quedando a 1% del peor, Clínica (22%). El ítem Trabajar en modo crisis puntúa 0% en Radiología y Cirugía y

6% en Clínica. Por profesión, los residentes disminuyen 12%, los enfermeros aumentan 29% y los técnicos 19%.

La última dimensión del grupo Unidad, Respuesta no punitiva a errores, se había destacado como una oportunidad de mejora posible debido a que requiere un cambio cultural y no económico. El avance del 5% entre aplicaciones del instrumento la ubica entre las dimensiones que menos crecieron, junto a Comunicación e información sobre errores y dos puntos por encima de Personal. Sin embargo, analizado por profesiones y departamentos se obtiene otra perspectiva. En general, Salud Mental, departamento que había obtenido el único resultado en zona neutra en la primera aplicación del instrumento, aumenta levemente y es acompañado por UTI con un 63% de positividad (+27%). Acompaña este gran resultado el departamento de Enfermería general (+30%), lo que se justifica por el desempeño superior que tuvieron los enfermeros sobre las demás profesiones. De manera opuesta, los técnicos disminuyeron 20% como grupo, reflejándose en las disminuciones de Radiología (-12%) y Laboratorio (-21%), obteniendo ítems con 0% de positividad. El cambio positivo en esta dimensión está centrado en los enfermeros en deterioro de todas las demás profesiones.

5.1.2.3.2. Organización. En este grupo, compuesto por 3 dimensiones, se observó el mayor cambio producido por los procesos de mejora. Se había mencionado en la primera aplicación del instrumento, que las tres dimensiones que miden la cultura de seguridad del paciente desde procesos organizacionales suelen demostrar el estado de avance de una organización en el área. En este grupo, que era el peor en la primera aplicación, se hallan las dos dimensiones con mayor diferencia entre aplicaciones. El promedio de mejora del grupo es del 15%, el doble que los demás (7% Unidad y 8% Mejora). Los departamentos certificados continúan con positivities 13% a 17% superiores a sus pares no certificados. Las profesiones de técnico y enfermero tienen valores de positividad que duplican, en casi todos los ítems, a los médicos y residentes.

La dimensión con mayor diferencia entre aplicaciones del instrumento fue la de Apoyo de la administración para la seguridad de los pacientes (+23%). El cambio producido por la creación del DCMP, del Comité de Auditoría, la EDS, y todos los procesos implementados, acercaron a la Dirección con sus empleados en lo relativo a cultura de seguridad. Tres departamentos superan el 80% de positividad (UTI, Laboratorio y Enfermería General), lo que se apoya en posiciones de fortaleza para las profesiones de enfermero y técnico. Los médicos obtienen el peor puntaje con 51%. Medido por departamento, Radiología es el más bajo (46%), seguido por Clínica (57%). A nivel general dos de los tres ítems se encuentran en el rango de fortaleza y uno cae apenas por debajo de la línea de oportunidad de mejora (49%). En el ítem

que muestra que la seguridad del paciente es prioritaria para la Dirección, UTI (+44%), Enfermería general (+22%) y Cirugía (+52%) tienen subas muy significativas y se unen a Laboratorio en posiciones de fortaleza. En esta área también se puede observar un 52% de aumento entre los técnicos. Finalmente, el ítem que indica la proactividad de la Dirección sube 58% en Laboratorio, 53% en Enfermería general y 38% en UTI.

En la dimensión Trabajo en equipo interunidad se encuentra el menor aumento entre las dimensiones del grupo Organización (+9%). La dimensión pasa la línea de oportunidad de mejora entre aplicaciones del instrumento, pero un análisis desagregado de los encuestados permite conocer realidades opuestas. Los departamentos de Enfermería General, Cirugía y sobre todo UTI (+49%) tiene resultados altamente positivos. Por el contrario, Clínica, Radiología y Salud Mental, disminuyen. UTI obtiene la positividad más alta con 92% y Clínica la más baja con 33%. Por ítems, se sigue demostrando que es agradable trabajar con personal de otras unidades (todos por encima del 60%, con excepción de los Clínicos (39%), retrocediendo 29%) pero es evidente que la coordinación todavía no es óptima.

La primera aplicación del instrumento describió a la dimensión Transferencias y transiciones como la tercera más baja. En la segunda aplicación se observa un aumento del 13%, el segundo más alto, muy parejo entre departamentos (rango +11%, +27%) con una marcada diferencia por profesiones (técnicos 42%, enfermeros 21%, Médicos y Residentes neutrales). Las transiciones demostraron ser más positivas que las transferencias, destacando un aumento superior al 60% en el departamento de Laboratorio. La pérdida de información cuando un paciente es trasladado entre departamentos tuvo mejoras significativas (26% en promedio) en el rango de fortaleza, aunque el intercambio de información es el ítem más bajo con solo 2% de aumento y 34% de positividad, siendo éste el ítem a mejorar para poder elevar la dimensión al rango neutral. Radiología, Clínica y Cirugía continúan en oportunidad de mejora, aunque con resultados cercanos al 40%.

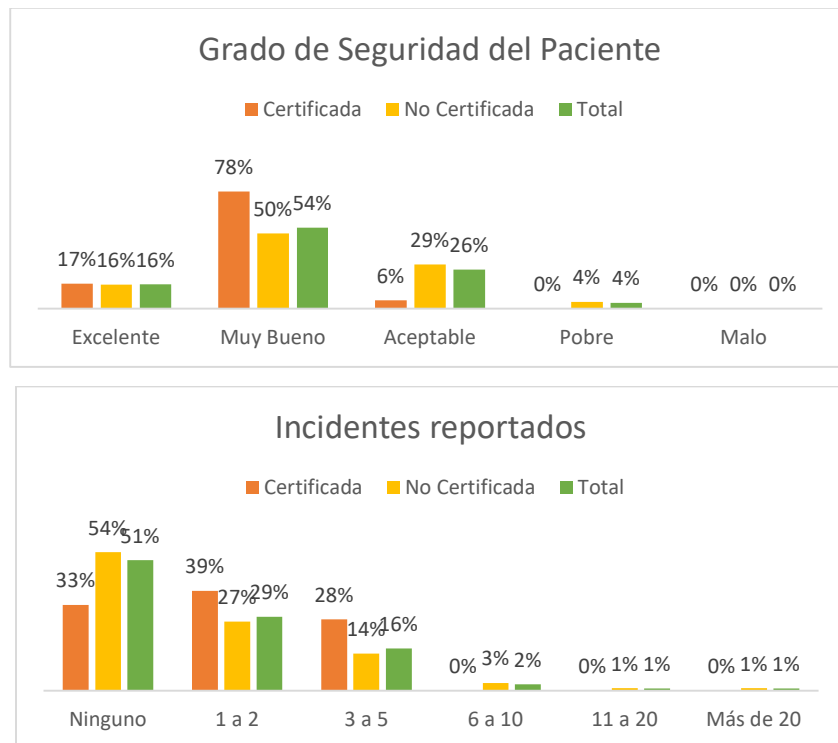
5.1.2.3.3. Medición. Las dos dimensiones que integran el grupo tuvieron aumentos acordes al promedio general (8%). La dimensión Frecuencia de incidentes reportados muestra un aumento mayor entre los departamentos no certificados, a pesar de que éstos todavía tienen un porcentaje 8% superior. Los departamentos más bajos en la primera aplicación del instrumento (Radiología y Clínica) presentan las mayores subas, cercanas al 20%. Clínica y Laboratorio son los únicos que se encuentran en la zona de oportunidad de mejora. De manera opuesta, UTI presenta una fortaleza amplia con 93% (+11%) de positividad seguida por la Enfermería general con 68%. Por profesiones, los técnicos y enfermeros obtienen el doble de positividad que médicos y residentes. La dimensión se complementa con la pregunta sobre

cantidad de errores reportados (ver Figura 10). La cantidad de empleados que no reportó en el último año baja 11%, al 51% de los encuestados, ubicándose el restante entre 1 a 5 reportes. En el caso de las unidades certificadas este número aumenta a dos tercios de los encuestados, mayormente por UTI, quien no presenta integrantes que no hayan llenado un reporte en el último año (18%). Se destaca el departamento de Enfermería General reduciendo en un 61% la cantidad de encuestados que no reportaron (11%). Estos datos coinciden con los datos por profesión donde los enfermeros reportan en el 65% de los casos (23%), con un aumento del 20% en los ítems de esta dimensión. Los Médicos disminuyen un 10% en la dimensión, siendo Salud Mental el departamento que menos reporta con solo un 25% del total de encuestados del área.

La última dimensión hace referencia a la Percepción general de la seguridad del paciente. Con la excepción de Radiología (39%), todos los departamentos presentaban, o estaban cerca de ser, fortalezas. Descomponiendo por departamentos, Salud Mental disminuye 11% a zona neutral, UTI, Laboratorio, Enfermería General y Cirugía se encuentran en fortaleza, Radiología desciende 6% a oportunidad de mejora. Enfermeros (17%) y técnicos (14%) encabezan las subas por profesión, y el grupo de los médicos pierde 10%. A pesar de la suba de los técnicos, Radiología se destaca por haber disminuido en todos los ítems. La pregunta separada de la dimensión que indagaba sobre el grado de seguridad del paciente en el servicio mantuvo el 55% de respuestas muy buenas de la primera aplicación del instrumento, pero incrementó un 9% la elección de Excelente disminuyendo la selección de Aceptable. Un 75% de los encuestados cataloga la seguridad en su servicio como Excelente o Muy Buena, incrementándose ese número al 95% entre los departamentos certificados. Correspondiendo a la dimensión, los cuatro departamentos que más puntuaron Excelente fueron UTI, Laboratorio, Enfermería General y Cirugía, llegando este último al 38%. Dentro de los puntajes más bajos, el 70% de los encuestados de Radiología y 44% de Clínica pensaron que era Aceptable. Por profesiones, tres cuartos de los enfermeros, técnicos y médicos ven a la seguridad del paciente en el servicio como Excelente o Muy Buena, decreciendo levemente ese número en los residentes (68%). Es este grupo el que más eligió Pobre (9%).

Figura 10

Grado de seguridad del paciente. Incidentes reportados. Segunda aplicación del instrumento



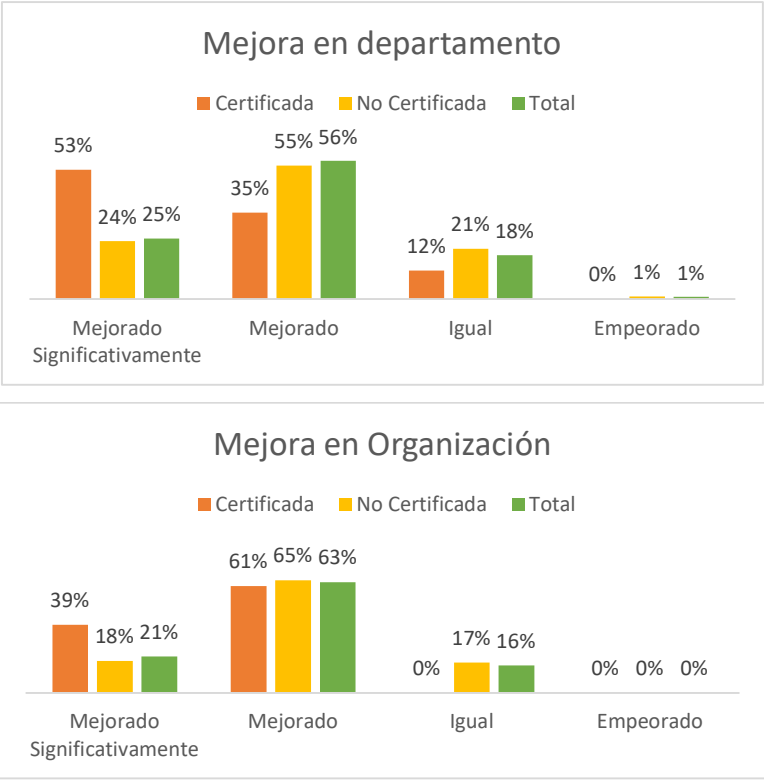
En la segunda aplicación del instrumento se incluyeron dos preguntas relativas a la percepción de mejora en el Departamento de trabajo y la Organización en los últimos cuatro años, cuyos resultados se resumen en la Figura 11. Las respuestas indican que un 81% de los encuestados percibe una mejora (56%) o mejora significativa (25%) en la seguridad del paciente de su Departamento. Los departamentos certificados aumentan el porcentaje de mejora significativa al 53%.

Siguiendo la línea de la dimensión analizada en el párrafo previo, son los departamentos donde las enfermeros y técnicos son mayoría los que mayor porcentaje de mejora significativa tienen: Enfermería general (30%), Laboratorio (38%) y UTI (67%). Sobresale Radiología con 80% de respuestas en “Igual”, de la mano del 47% que obtienen los técnicos en esta categoría. Del total de encuestados, solo un médico de Salud Mental opinó que la seguridad del paciente en el departamento empeoró. Al ampliar la consulta de la percepción de cambio en cuatro años de la seguridad del paciente en la Organización, se obtuvieron resultados similares. El 84% de los encuestados opinó que ha Mejorado (63%) o Mejorado Significativamente (21%), respuesta que se eleva al 35% entre las unidades con certificación, donde no se encontraron respuestas en los rangos Igual o Empeoró. Los resultados por departamentos se repiten siendo UTI el que más alto responde (Mejora Significativa en 56% de las respuestas). De manera opuesta,

responden a que está igual: Radiología (56%), Salud Mental (27%), Clínica (22%) y Cirugía (20%). Por profesiones, técnicos, residentes y enfermeros perciben en un 80% de los casos que se ha mejorado o mejorado significativamente, llegando el porcentaje a 96% entre los últimos, y 36% de los médicos perciben que está igual. Ningún encuestado manifestó percibir que la seguridad del paciente ha desmejorado en la Organización.

Figura 11

Mejora en Departamento. Mejora en la Organización



5.1.2.4. Pregunta cualitativa. En esta oportunidad se obtuvieron 26 respuestas a la pregunta cualitativa, 3 menos que en la primera aplicación del instrumento. Sin embargo, al ser menor la aplicación del instrumento, el porcentaje sube 1%, a 20%. Diferenciándose de la primera aplicación donde no se había recibido respuestas, Salud Mental es el que más responde (20%), seguido de Cirugía y Enfermería general (15%). Se obtuvieron respuestas de todos los departamentos excepto Laboratorio. Por profesión, los enfermeros representaron el 42% de las respuestas (-3%), los residentes el 23% (a diferencia de la primera aplicación donde solo uno respondió), médicos 19% (-6%) y técnicos 12%, siendo este el grupo que más disminuyó (-13%).

Se volvió a analizar siguiendo el esquema de categorías de la sección cualitativa, y salvo contadas excepciones, todas las encuestas pudieron ser incluidas en una de ellas. Se separaron 6 respuestas referentes a problemas prácticos, como cambio o reparación de aparatos e instalaciones, cambios en la disposición del amoblamiento de los consultorios y salas de espera, u horarios de atención, ya que no corresponde al eje de la investigación. En su mayoría, estas sugerencias fueron realizadas por Enfermeros.

Los problemas de comunicación continúan siendo un área frecuente de respuesta. Sin embargo, la temática cambió a problemas puntuales en lugar de generales. Un Enfermero de Cirugía directamente escribió: *“Mala comunicación dentro de la Institución. No se avisan cambios importantes, como por ejemplo cambio de jefes. Uno se entera en los pasillos”*. Dos residentes se quejaron sobre la falta de coordinación con Enfermería a la hora de transferir un paciente: *“Durante pase de enfermería en los pisos, los pacientes que deben ser internados deben esperar en la guardia, incluso en casos que deben iniciar tratamiento”*; *“Enfermería es un servicio que funciona muy bien en la Organización, pero falta organización en cuanto a momentos para desayuno (que no coincida al momento en que pasan todos los médicos) y falta orden de prioridades con la ejecución de las indicaciones. Durante la noche en Enfermería es muy difícil contar con el enfermero si se necesita uno”*. Respondiendo a la falla de prioridad en la ejecución de indicaciones un Enfermero mencionó: *“Hay indicaciones médicas que no se comprenden. En algunos casos cuesta entender la letra”*. Un Médico clínico se refirió a la responsabilidad de los médicos de planta delegada a sus residentes: *“Cuando existe manejo interdisciplinario, los staff a cargo de cada paciente deberían consensuar conductas y no delegarlas a los residentes como sus voceros”*. Desde Radiología se obtuvo la única crítica a la comunicación interna en un departamento: *“Hay poca comunicación entre la jefatura del servicio y los integrantes de este, no existen reuniones de ningún tipo y se generan dudas de cómo actuar ante distintas situaciones; como así también se nos brinda poca información de los distintos protocolos del servicio o si se realizó algún cambio en ellos”*.

En el área de Personal, no se registraron comentarios de mejoras en las prestaciones hacia los empleados, pero si hacia la cantidad de trabajadores por paciente. Un enfermero declaró: *“Tener en cuenta y especial cuidado en la relación calidad/cantidad de pacientes y enfermeros a cargo”*. En otro aspecto, un Médico se preocupó por las “segundas víctimas”: *“Cuidamos a los pacientes, pero no tanto a nuestros enfermeros y nosotros también”*. En línea con esto dos residentes de Radiología se preocupaban por las responsabilidades que afrontaban: *“Los residentes se encuentran muy desprotegidos y vulnerables ante muchas situaciones, con demasiadas responsabilidades y carga a la espalda, no olvidar que son profesionales en*

formación” y “Los residentes tienen muchas responsabilidades, y al estar en formación puede llevar a errores”. Un colega de Cirugía amplió: “En determinadas residencias el residente de guardia toma decisiones sin consultar con sus jefes (ejemplo: internar/no internar)”. Al haber sido el grupo profesional que peor positividad tuvo en la dimensión que inquiría sobre el superior, es pertinente trabajar en esta oportunidad de mejora.

El error solo había recibido un comentario en la primera aplicación del instrumento. En esta ocasión, cinco opiniones se centraron en el reporte de incidentes. Un enfermero destacó una grave falencia: “Falta más honestidad por parte de médicos y enfermeros a la hora de reportar un incidente, muchos no lo hacen por no considerarlo importante”. A su vez, un médico de Salud Mental escribió: “Ocurren de todo tipo, errores en la administración de la medicación, falta de trabajo en equipo, etc. Equivocaciones o falta de tacto en el trato con paciente. Debería haber un registro de incidentes para mejorar y disminuir la posibilidad que los mismos ocurran”, un Residente del mismo departamento dijo: “Los incidentes se hacen ver generalmente a jefe directo. No solemos llenar ningún formulario”. Otros dos comentarios al respecto en UTI y Cirugía presentaban una realidad diferente: “Hay 1 hoja de incidentes que sí se llena ante un incidente, y al finalizar el turno se lo reporta al encargado de manera escrita”, y “Normalmente no suceden incidentes y en caso de pasar, se reportan y quedan asentadas en el sistema, con datos del paciente, fecha, personas presentes”. El aumento en la presencia de menciones al error indica que el concepto está empezando a incorporarse en el vocabulario cotidiano, demostrando polos opuestos en aquellos departamentos que tienen certificación o han sido foco de programas de implementación del DCMP. La retroalimentación y el seguimiento de dichas anotaciones pareciera todavía no estar incorporado.

Continuando con el error, cinco comentarios aludían a errores específicos que atentaban contra la seguridad del paciente. Un Instrumentador describía fallas cuando el servicio trabajaba en “modo crisis”: “En nuestro servicio cuando hay demasiadas cirugías se pierde el trato y tiempo que debe dedicarse al paciente”. Un enfermero de Cirugía destacó la necesidad de medidas para los procedimientos sensibles que deben afrontar los residentes: “La colocación de dispositivos invasivos como por ejemplo las vías centrales no deberían llevar un riesgo al paciente. Debería haber un grupo de especialistas que coloque dicho dispositivo. Los residentes no pueden probar hasta 20 veces de pinchar. Son medidas que ya deberían estar vigentes”. Un colega de Enfermería General destacaba: “Errores en la dosis de administración de medicación. Retiro accidental de dispositivo por desorientación del paciente”. Finalmente, dos Médicos se referían a las dificultades de crear y aplicar protocolos ya aprobados en toda la organización: “No funciona el comité de ética. No se aplican protocolos aprobados por dto de

investigación ni comité de ética” y “Debería implementarse un modelo de epicrisis universal en la institución, ya que mejora la calidad de información que resume su estado actual de salud y problemas padecidos tratados aquí”.

5.1.2.5. Resumen de fortalezas y oportunidades de mejora. El cambio producido por los procesos de mejora se hizo evidente en los resultados de la segunda aplicación del instrumento. Las 12 dimensiones obtuvieron mejoras en promedio del 9%. Una de ellas logra llegar al rango de Fortaleza. Cuatro dimensiones lograron salir del rango oportunidad de mejora hacia la zona neutral, otras dos podrían seguir el mismo camino mejorando pocos ítems puntuales. Tres logran superar el promedio mundial de la base de datos de los creadores de la encuesta.

Los avances más importantes se observan en las dimensiones relacionadas a aspectos globales de la Organización y la Dirección, especialmente su apoyo. La protocolización exigida por la certificación, impulsada desde la unidad de apoyo creada para este fin (DCMP), lleva a percibir un interés gerencial más cercano hacia la seguridad del paciente en cada departamento y a percibir un movimiento ascendente en el área. La política general de avanzar hacia una computarización del flujo de la información mediante procesos de adopción de soluciones tecnológicas tuvo un efecto inicial satisfactorio, pero no completo, ya que los canales todavía no están formalizados, demostrado en las positivities de las dimensiones de comunicación y transferencia de información. Se reconocen los efectos más importantes en los departamentos certificados o en preparación para ser certificados y en las profesiones mayoritarias de estos (enfermeros y técnicos) con subas de positividad que superan, en algunos ítems, el 50%. Los profesionales médicos, tanto de planta como residentes, presentan promedios de mejora inferiores o incluso negativos. Un caso particular es el departamento de Radiología, cuyos resultados decrecen en un 75% de las dimensiones, a pesar de haber sido objeto de un plan específico de mejora por parte del DCMP.

A pesar de haber logrado mejoras en la mayoría de los ítems listados en los resultados de la primera aplicación del instrumento, se continúan observando falencias en:

- Intercambio de información entre áreas y falta de protocolización de la circulación de la información. Pese a un gran avance, todavía son oportunidad de mejora
- La ausencia de canales claros de reporte y retroalimentación llevan a:
 - Un bajo nivel de reporte de incidentes, aumentado por un concepto errado de error.
 - La ausencia de retroalimentación a las sugerencias de cambios realizadas

- El concepto de error punitivo, y el miedo a exponerse criticando decisiones de los supervisores
- La sobrecarga laboral, orientada hacia la cantidad de horas trabajadas y no a la falta de personal para realizar el trabajo
- La falta de contención a los residentes que deriva en un sentimiento de no pertenencia a la Organización

La Tabla 7, desagrega los aspectos principales de cada dimensión en las categorías creadas en la primera aplicación del instrumento. Las nuevas oportunidades nacen de situaciones o grupos puntuales que por su baja positividad podrían modificar ampliamente a las dimensiones. Se destaca un cambio amplio en los profesionales enfermeros y técnicos y en los departamentos donde estos son mayoría, exceptuando a Radiología. La significativa diferencia de las áreas certificadas en algunas dimensiones, como por ejemplo Personal, hace suponer que el trabajo realizado en documentar los procesos y puestos tiene una influencia notable en el largo plazo, una vez que los cambios y la búsqueda de la calidad continua han sido incorporados a la rutina. Se lo percibe en ítems como la convicción de que se está mejorando continuamente, que se tiene la cantidad de gente adecuada para realizar la tarea, que la comunicación de la información se puede estandarizar y efficientizar, que los supervisores y directores toman en cuenta las sugerencias, entre otros.

Tabla 7

Oportunidades de mejora y Fortalezas, por dimensión. Segunda aplicación del instrumento

Categoría	Dimensión	Oportunidad de Mejora	Fortaleza
Comunicación	1	La unidad es buena en general, pero se puede mejorar la ayuda entre áreas, especialmente en los departamentos de Laboratorio y Radiología	Suba importante de los enfermeros en general. Excelentes valores de respeto.
	9	Mala coordinación entre unidades, falta de canales formalizados de flujo de información. Clínica, Radiología y Salud Mental las menos positivas. Si se trabaja con el grupo de residentes y médicos el cambio sería similar al de las otras dimensiones del grupo Organización.	Los departamentos de UTI (+49%, alcanzando 92% de positividad), Enfermería General y Cirugía tuvieron grandes avances. Continúa siendo agradable trabajar con otros (salvo en Clínica y Radiología).
	10	Se debe mejorar en las transferencias de pacientes entre departamentos. La coordinación para el intercambio de la información es baja.	Las transiciones entre turnos mejoraron mucho, reduciendo la pérdida de información. Técnicos (+42%) y enfermeros (+21) mejoran ampliamente. Laboratorio (+60%). Médicos y residentes, neutros.
	4	A diferencia de UTI, la comunicación en todos los departamentos es una gran oportunidad de mejora. Clínica disminuye 28%, Radiología también es bajo. Se percibe que se habla e informa menos de los errores, pero con una participación más activa por parte de la Dirección. Laboratorio es la excepción con una baja del 34% en el ítem referido a la retroalimentación por parte de la Dirección.	Aumentó el ítem de retroalimentación de la Dirección. Los enfermeros aumentan 37%. UTI 92% (+34%) en esta dimensión.
	5	Leve cambio, mayormente en departamentos certificados. La apertura es mayor pero todavía se tiene miedo de enfrentar las decisiones de los supervisores (especialmente en técnicos). A pesar de puntuar 10% más alto en facilidad para hablar, los médicos caen en el desafío a decisiones de superiores. Radiología es el único que disminuye entre aplicaciones del instrumento.	Gran avance en enfermeros y técnicos lleva a un aumento pronunciado de la apertura donde son mayoría, especialmente en los departamentos certificados que obtienen un 20% más de respuestas positivas.
	2	El departamento de Radiología disminuyó 20%. Los médicos son el grupo que más lejos se siente de su supervisor. Se continúan simplificando procesos ante crisis temporales.	Cirugía, UTI y Laboratorio suben exponencialmente. También lo hacen los médicos, aunque son la profesión que más bajo puntúa con relación a su supervisor.

Dirección General/ Supervisión	3	Se mantiene el problema de retroalimentación sobre cambios y mejora continua en Radiología y Clínica. Diferencia con unidades certificadas.	Los enfermeros generales aumentaron mucho su percepción de mejora continua. Enfermería obtiene 87% de positividad. Los departamentos certificados se encuentran en fortaleza
	5	Miedo generalizado a enfrentar a los supervisores (se profundiza en técnicos), salvo en médicos.	Gran avance en enfermeros y técnicos lleva a un aumento en la apertura de la comunicación.
	6	Dimensión con el menor cambio, positividad más baja y mayor diferencia con el promedio global. Radiología (en especial los técnicos), Clínica y Cirugía siguen pensando que trabajan más de lo adecuado para la seguridad del paciente	Se avanza en reconocer que hay suficiente personal, especialmente en los departamentos certificados (donde radica la mayor suba) y grupos de enfermeros y técnicos.
	8	Trabajar en la proactividad de la Dirección, sobre todo en Radiología, Clínica y entre los médicos.	Gran avance en general con subas muy pronunciadas, especialmente en la proactividad. UTI, Laboratorio y Enfermería General por sobre el 80% de positividad. De la mano de estas subas, enfermeros y técnicos son los que más aumentan.
Error punitivo	7	Miedo generalizado a informar, a que el error sea tomado en contra y a que quede en el legajo (excepto los enfermeros). Los técnicos disminuyen 20% entre aplicaciones del instrumento, arrastrando a Laboratorio (-21%).	Alto avance entre los enfermeros: UTI +27% (avanza a sector neutro junto a Salud Mental) y Enfermería General +30%.
	12	A pesar de tener positividad alta, salvo Laboratorio y Clínica, el número de incidentes reportados sigue siendo bajo. El grupo de médicos es el que menos reporta entre las profesiones y Salud Mental entre los departamentos.	Alta positividad en Enfermería, especialmente en UTI donde todos reportan.
Percepción de seguridad	11	Los médicos disminuyen 10% su percepción de seguridad. Radiología disminuye en todos los ítems. Este departamento y Clínica son los que más responden que el grado de seguridad es solamente aceptable.	Los departamentos certificados lideran la mejora. Enfermería General también se posiciona en fortaleza. El porcentaje de empleados que cree que la seguridad del paciente ha mejorado es muy alto, encontrándose algunos que la categorizan de Excelente. Ningún encuestado cree que la seguridad del paciente ha desmejorado en la Organización en los últimos 4 años, 84% cree que ha mejorado o mejorado significativamente (estos últimos en su mayoría de unidades certificadas –UTI 56%-). Solo una persona cree que en su departamento la seguridad ha desmejorado, asemejándose el resultado de encuestados que notan una mejora o mejora significativa (81%). En UTI, un 53% de los integrantes cree que se ha mejorado significativamente

5.2 Análisis Cualitativo

El análisis generado a través de las entrevistas, grupos focales y revisión de documentación intenta brindar las razones y procesos que motivaron al cambio en las percepciones del personal sobre la cultura de seguridad del paciente, resaltado en la sección previa. Se comenzará con una descripción de la posición de la Organización al inicio de la investigación, se avanzará sobre las estructuras jerárquicas creadas en el intento de mejorarla, y, finalmente, se examinará la situación al final del período de investigación. Posteriormente, se describirán los procesos implementados por estas estructuras y las razones para elegirlos. Finalmente, mediante grupos focales y entrevistas se examinarán las consecuencias de la implementación de estos procesos sobre los destinatarios y la Organización, de acuerdo con las áreas que, según la primera encuesta, ofrecían oportunidades de mejora.

En líneas generales, la mejora en la percepción de seguridad del paciente es el reflejo de cambios organizacionales, implementaciones puntuales y cambios externos que intentaron mejorar la comunicación intra e interdepartamental, los procesos, los datos, las relaciones personales, la educación y las herramientas e informes de gestión. El punto de partida bajo, sin estadísticas y con una independencia departamental marcada, realza el potencial de todas estas implementaciones (ver 5.2.2.1 y 5.2.2.2) magnificando su impacto. El cambio tecnológico fue el gran impulsor; la ausencia de un plan estratégico de calidad, la principal barrera. Siguiendo el esquema del párrafo anterior, los resultados cualitativos brindan una mayor comprensión de las variables principales que afectaron, positiva y negativamente, al fenómeno. Sirviendo el Anexo VI como tabla resumen de estas.

5.2.1. Descripción de la historia de la estructura jerárquica

El movimiento de cambio orientado a la calidad y la mejora de la seguridad del paciente dentro de la Organización comenzó hace aproximadamente una década gracias al esfuerzo individual, encapsulado, de dos jefes de departamento; quienes, a través de un interés por la mejora de los procesos, bregaron por el logro de la certificación ISO 9001:2008 en sus lugares de trabajo. Para guiar el proceso se contrató a una asesora externa especializada. A su vez, un cambio de Director General marcó el hito inicial que comenzó a efectivizar la transformación. Como dicha persona señaló: *“Cuando llego a esta institución centenaria, grande, lo primero que hago es pedir la planificación estratégica y se quedaron mirándome como preguntando: ¿de qué nos estás hablando?”*. Inmediatamente trabajó en la definición de la visión, la misión y las políticas de calidad, intentando, infructuosamente, realizar un análisis FODA de cada departamento con la colaboración de sus jefes. *“Dio mucho trabajo porque había una cultura*

al respecto y una falta de credibilidad en el programa. Se venía de muchos años de una gestión autoritaria, sin mayor participación de los distintos niveles, sin dar lugar a un análisis más frontal y democrático. Eso no existía". Esta mayor apertura e interés por la calidad permitió generar el impulso necesario para avanzar y obtener las certificaciones en los departamentos de UTI y Laboratorio.

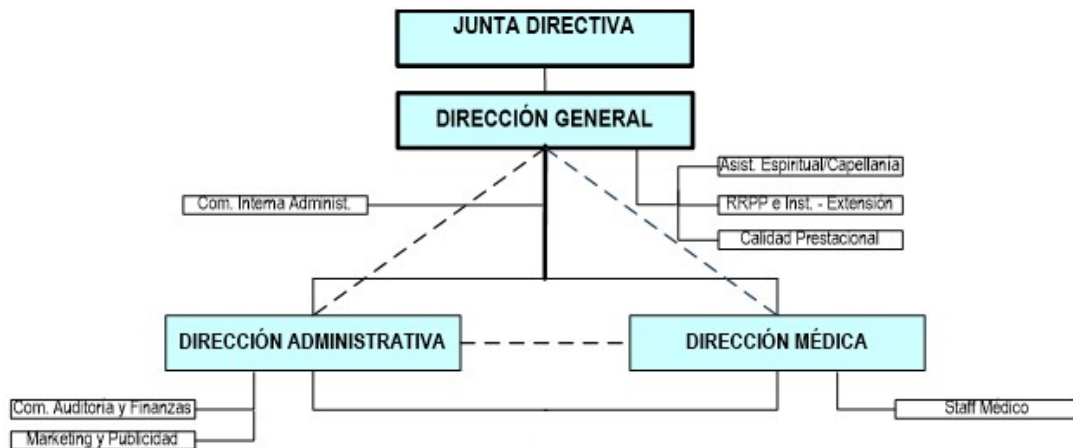
Para apoyar el proceso de certificación se contrató a una asesora externa cuyo aporte e ímpetu fueron esenciales para su obtención, especialmente en la UTI. Su afán por medir y normatizar generó desgaste en el departamento y división entre los que la apoyaban y los que se resistían. El jefe de departamento en ese momento comentó: *"Era muy buena, pero venía a un ritmo que los empleados no podían seguir. Trató de implementar un Boeing 747 en gente que estaba acostumbrada a un Fiat 600, se mareaban con todos los cambios"*. El roce, y la falta de apropiación del cambio por parte de los empleados, generó que se asocie al proceso con burocracia administrativa y no con calidad, con un sistema pesado y complejo. El Director en ese momento rememora: *"decían esto no sirve para nada, no es calidad, en lugar de ayudar lo que hace es entorpecer"*. Se decidió no prescindir de sus servicios dado que había mucho trabajo realizado y estaban cercanos a lograr el objetivo, por lo cual se diagramó un cronograma hasta ese momento y una vez logrado el objetivo se procedió a contratar a una nueva asesora con mucho prestigio proveniente de la Capital. Es aquí donde nace el Comité mencionado en el siguiente párrafo. La aproximación, más teórica, de la nueva asesora generó rechazo por parte de sectores de UTI que no vieron bien la manera en que se dispuso de la anterior asesora. De la aproximación más cercana e intempestiva de la primera asesora se fue al extremo del no acompañamiento de la segunda. Luego de un breve lapso se tornó insostenible la relación por lo que se optó por elegir a una nueva asesora que ya había trabajado con varias acreditaciones de calidad nacionales y que además pertenecía a la religión de la Organización y la mayoría de sus empleados. *"No fue aceptada inmediatamente, pero se supo ganar un lugar. Desde ahí se pudo trabajar de una manera coherente y seria, se formaron las bases para una iniciativa de calidad organizacional"* (ex Director General). Sin embargo, los cambios constantes y la falta de disposición a la implementación (párrafo siguiente) resultaron en la renuncia del Jefe de UTI, el "campeón" del movimiento hasta el momento. Sin su apoyo, UTI no pudo recertificar en la nueva norma ISO 9001:2015. Es en ese momento comienza el Estudio.

En el año 2012, a instancias de un cambio de asesora, se formaliza el deseo de impulsar un cambio que mejore la calidad de atención a través de la creación de un Comité de Calidad Prestacional y Atención al Cliente. Con voto de Directorio y posición definida en el Organigrama, el Comité incluía formalmente a la Dirección de la Organización (como consta

en el voto de creación) como directores y vocales, y al Jefe de UTI como Secretario. Su objetivo primordial era: *“Implementar un programa de calidad en servicios de Laboratorio y Unidad de Terapia Intensiva”*, justificando la elección de estos departamentos en que la mayoría de sus procedimientos podían fácilmente ser, o ya estaban, normatizados. Los objetivos secundarios se establecían en: Normatizar puestos de trabajo y procedimientos, brindar educación a los equipos, y crear un controlador de calidad por departamento. Inicialmente, el Comité tenía una frecuencia de reunión quincenal y su posición en el organigrama institucional lo hacía depender directamente del Director General (ver figura 12).

Figura 12

Organigrama de la Dirección General. Fuente: Organización



A pesar de depender directamente del Director, la integración fue muy difícil dado que la interpretación de los empleados y directivos fue que existía como un ente separado de la operatoria, que sugería procedimientos a los jefes de departamento, quienes optaban por su implementación. Esto se apoyaba en una cultura establecida de independencia de los departamentos, que prevalece hasta hoy. La estructura de toma de decisiones no se modificó para darle lugar al Comité y los integrantes, reales, se cansaron de realizar propuestas que no se llevaron a cabo. El Secretario del Comité menciona: *“Yo comencé con una hoja de Excel, traje 3 mejoras simples en la primera reunión que fueron aprobadas y debían ser comunicadas e implementadas por ciertos vocales. En la reunión siguiente, faltaron, por lo que se postergó. Esa postergación se hizo de meses, mientras yo seguía anotando mejoras en mi planilla. Cuando llegué a 12 y no se había resuelto nada me enojé y no asistí más”*. El Director intentó tomar la iniciativa de aquellos procesos, pero *“no tenía mandos medios alineados que comprendieran lo que se estaba haciendo”* (Secretario). Una de las primeras y únicas

iniciativas de este Comité fue la creación de estadísticas de medición y reporte. Se comenzó a diagramar un plan para informatizar a la Organización ya que todo se realizaba en papel, y se generó un reporte de incidentes. La actual Directora del DCMP aporta: *“ese Formulario creó toda una historia en la Organización, la intención fue la mejor, pero era super punitivo, comenzaba distinguiendo a las partes: demandante y demandado. Generaba miedo”*. El efecto nocivo es combatido hasta el día de hoy por el DCMP, mediante educación. Esta implementación fallida, sumada a la poca injerencia lograda en los departamentos hizo que el Comité se reuniera a intervalos cada vez menos frecuentes hasta suspenderse en 2013. Hasta el momento del fin de la investigación, no había sido dado de baja oficialmente, y continúa apareciendo en el mismo lugar en el organigrama. De manera informal, el DCMP ocupa hoy ese puesto en la jerarquía. Al comienzo de la investigación, el Comité estaba disuelto y todas las implementaciones de calidad dependían de la asesora externa que venía, y continúa viniendo, dos días de manera quincenal.

Dentro de los departamentos certificados (UTI logro recertificar al poco tiempo), había un responsable de calidad, que contaba con un breve espacio en su carga laboral para llevar a cabo lo exigido para mantener la certificación. En Laboratorio, se centralizó la carga de mantener la calidad en esa persona, UTI presentó una distribución más equitativa. En el inicio se mantuvo una entrevista con la asesora externa quién mencionó que cada departamento era independiente, medían las mismas cosas, pero con sistemas diferentes y sin compartir información. La independencia de departamentos era y continúa siendo, un elemento fundamental de la cultura de la Organización. En cuanto a los datos para comenzar un proceso de cambio cultural, manifestó: *“la tarea era de generar estadísticas, no existían o se hacían de manera muy artesanal. Por ejemplo: para saber la ocupación de camas se contaba manualmente al final del día, durante el día nadie sabía el dato exacto. Las camas tampoco estaban identificadas, como para comenzar a trabajar con caídas, yo las identifiqué una a una, volví a las dos semanas y encontré camas sin identificación, pregunté y me dijeron que electromedicina se las había llevado para arreglarles “algo” y dejaron las otras de reemplazo. Por supuesto, nadie anotó nada”*. Varias veces en la entrevista comentó la magnitud de la tarea para una sola persona, la poca injerencia de sus sugerencias en la toma de decisiones y la dificultad de seguir un proceso a la distancia. Bajo este escenario se llevó a cabo la primera aplicación del instrumento.

El proyecto de mejora de la calidad, en el estado precario expuesto, prosiguió por dos años más debido a la adecuación necesaria al cambio del Director General de la Organización por la renuncia del primero. El nuevo Director General, antes Director Médico, intentó seguir

con las iniciativas formuladas, pero con un énfasis menos administrativo debido a su enfoque mucho más volcado al consultorio y la atención. Por ejemplo, se discontinuó con la iniciativa de un plan estratégico a largo plazo, medición de objetivos y otras herramientas gerenciales clásicas, por una administración más práctica, resolutive y *ad hoc*. La reorganización fue cubierta completamente con personal de la casa, por lo que el efecto total de adecuación duró aproximadamente un año, donde no hubo avances estructurales con respecto a la seguridad del paciente.

Para una comprensión más adecuada de la alta dirección de la Organización se debe comprender que ésta integra un conglomerado de entidades pertenecientes a una religión cristiana. Si bien la Organización presenta características propias de organizaciones de salud como subculturas claramente demarcadas por la profesión más que por la unidad de trabajo, mayormente esto sucede desde los niveles medios y bajos. En la alta dirección prevalecen características propias del estilo de estructura eclesiástico: estructura organizacional vertical muy jerarquizada, un directorio compartido con otras organizaciones, no profesional en el manejo de instituciones de salud y por lo general sin conocimientos de administración, más allá de la experiencia. Los altos mandos son elegidos por su capacidad e integridad, pero sin un análisis detallado realizado por un profesional de los recursos humanos, sobre la idoneidad para desempeñar el puesto. Desde el nuevo milenio ciertas áreas de la organización religiosa, no dedicadas a la actividad principal de pastorado, tuvieron un crecimiento exponencial que llevó a detectar una situación que todavía no se ha resuelto. Históricamente, la organización religiosa ha dividido a sus empleados entre aquellos dedicados exclusivamente a la organización (originalmente ministros) y los empleados contratados. A los primeros, la organización les garantiza cumplir sus necesidades laborales, financieras, educativas y de salud, manteniendo un estilo de vida de clase media, para que puedan dedicarse por completo a la predicación y al crecimiento de la religión, a cambio de aceptar ser relocalizados en cualquiera de sus entidades donde se crea que serán necesarios. El reglamento interno prohíbe que reciban cualquier tipo de premio o incentivo monetario. En la Organización, a este grupo pertenecen todos los miembros de la Junta Directiva, la alta dirección y la mayoría de los jefes departamentales. En un afán de garantizar que no haya acumulación de poder y que toda la organización religiosa pueda beneficiarse de las capacidades de la persona, por lo general la rotación de este tipo de empleados tiene lugar cada cinco años. Esto genera, desventajas lógicas derivadas del cambio de perspectivas y la falta de continuidad de las políticas a largo plazo. Un alto directivo de la Organización sabe que, muy probablemente, en cinco años volverá al consultorio y otro de sus compañeros ahora subordinado intercambiará roles con él. La falta de continuidad impacta

negativamente en la motivación para capacitarse en habilidades administrativas duras y blandas.

Luego del período de adecuación, se comenzó a realizar el cambio en las políticas de calidad, que incluyen la seguridad del paciente. En 2017 se crea el DCMP con la finalidad de incorporar sistemas de gestión que generen datos para respaldar procesos de mejora y facilitar la comunicación entre departamentos. Con el objetivo de lograr una mejora holística en la Organización se pensó en certificar más departamentos y digitalizar todo lo que se pudiera. Para esta tarea, se incorporó a una experta en certificación ISO 9001:2015 para dirigir el DCMP, que expresó: *“Mi primera impresión fue que estaba muy segmentado: las áreas certificadas por un lado y el resto por otro. No había integración de procesos, lo que llevaba a calidades de atención muy dispares. Procesos similares eran realizados de manera diferente en distintos departamentos. Era una cultura de “shopping” con distintos locales independientes. Se medían muy pocas cosas y artesanalmente”*. El DCMP fue incorporando formularios y procesos que alentaban a ampliar los datos disponibles. En las entrevistas mencionó que dependían directamente del Director, ocupando el lugar del Comité de Calidad Prestacional, aunque esto no ha quedado registrado en el organigrama.

A la par de la creación del DCMP, dentro del departamento de Enfermería se creó la posición de Enfermera en Docencia y Seguridad, a cargo de una Licenciada en Enfermería, dependiente directamente de la jefatura del departamento. El énfasis estaba puesto en modernizar y regularizar al grupo de enfermeros de Enfermería General que veían en base diaria el ejemplo de trabajo de la UTI. Este ejemplo logró atenuar las barreras más importantes al cambio ocurrido tras la incorporación de un sistema electrónico de gestión de medicamentos, historia clínica electrónica y, finalmente, la hoja de enfermería digital (estas dos últimas todavía en fase de prueba). Por otro lado, la creación de ambas posiciones al mismo tiempo (DCMP y EDS), sin una guía específica del alcance de su trabajo, generó duplicación de roles y una falta de coordinación que debió ser consensuada de manera informal entre sus responsables.

El DCMP impulsó desde sus inicios la idea de que la calidad dependía de cada empleado y que su función era de apoyo y enlace. El departamento de Laboratorio, ya certificado, descansaba plenamente en una persona para realizar todo lo requerido por la certificación, especialmente los registros. Al crearse el DCMP se prescindió de esa persona, generando roces que se detallarán en la siguiente sección. Para afianzar la idea de que cada empleado debía velar por trabajar con calidad se generó un grupo de auditores internos provenientes de cada departamento, incluyendo administrativos y de apoyo, para que impulsaran el cambio y fuesen el vínculo entre el DCMP y todos los empleados en lo relativo

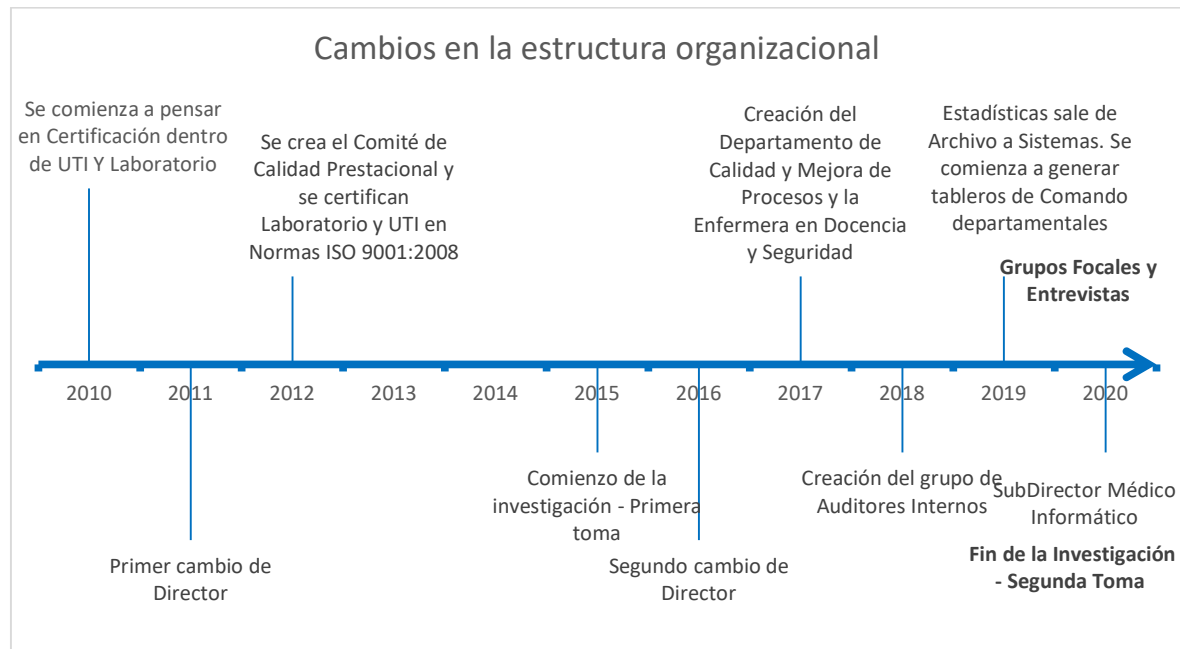
al área. Al cierre del Estudio, los auditores todavía no estaban activos. Su lanzamiento estaba previsto para el 2020, pero la Pandemia modificó prioridades y cargas laborales, impidiéndolo.

La falta de estadísticas, referida por la directora del DCMP, coincidía con una falta de personal calificado en recolección y análisis de datos. La parte operativa de todas las estadísticas de la Organización se centralizaban en un Licenciado en Sistemas que dependía del departamento de Archivo. Debía dividir su tiempo entre organizar y analizar datos para generar información y escanear las más de 700.000 historias clínicas de la Organización, paso necesario y obligatorio para la implementación de un sistema electrónico. Finalmente, en el año 2019, por decisión administrativa, se modifica la posición en la estructura y pasa a depender del departamento de Sistemas, eliminando la tarea del escaneo y centrando toda su atención en la generación de datos para toma de decisiones. Al final del Estudio, los jefes de los departamentos con atención directa al paciente cuentan con tableros de comando dinámicos computarizados (con, por ejemplo, datos de tiempo, productividad, camas, cirugías realizadas) que permiten la toma de decisiones basada en datos. Al momento de cierre su utilización no era medida.

Una última y reciente modificación a la estructura organizacional habla del avance cultural de la importancia conferida a la calidad del servicio y la seguridad del paciente en la Organización. La directora del DCMP menciona la difícil relación con los jefes de departamento médicos: *“Los médicos no hacen mucho si no es otro médico el que se los dice. Hay mucha lealtad por la profesión y por el estatus jerárquico que brinda. He llegado al extremo de pedir poder usar guardapolvo porque si uno no lo tiene los médicos no toman en cuenta lo que se les dice”*. La siguiente meta de la Dirección es poder alcanzar e involucrar a este grupo, de líderes naturales de la Organización, para convertirlo en los impulsores y continuadores del cambio hacia una cultura de calidad y seguridad del paciente, especialmente con la incorporación de la Historia Clínica Electrónica. Para esto, el Jefe de la UTI fue elegido como Sub-director Médico Informático en Enero de 2020. El objetivo específico, mencionado en la comunicación oficial formal de presentación del cargo a todos los empleados de la Organización, es el de *“coordinar el desarrollo de nuevas herramientas informáticas para la actividad médica, supervisar su implementación y gestionar los pasos necesarios para asegurar su uso adecuado por parte del personal que deba utilizarlas. Avanzando hacia la meta de la mejora continua de nuestra gestión”*. La Figura 13 presenta una línea del tiempo con los cambios en la estructura de la organización durante el presente Estudio.

Figura 13

Cambios en la estructura de la organización para mejorar la cultura de seguridad del paciente



5.2.2. Procesos implementados: Razones, barreras y facilitadores

Si bien la estructura organizacional fue modificada, esto no necesariamente implica que el cambio en la seguridad del paciente se deba a ello. El ejemplo del Comité de Calidad Prestacional identifica una estructura creada, mantenida en el tiempo, cuyo limitado accionar no ha tenido efecto real, o este ha sido negativo, en la cultura de seguridad de los empleados de primera línea. Con esto no se elimina su lugar en el camino hacia la calidad recorrido por la Organización, ya que el DCMP aprovecha esta experiencia para identificar beneficios y defectos específicos inherentes a la Organización, como por ejemplo la manera de comunicar cambios y lograr que estos se realicen. En esta sección se describen los procesos implementados por el DCMP a nivel organizacional y por la EDS en el departamento de Enfermería, revisando el circuito de toma de decisión e implementación operativa para destacar las razones que las impulsan y vincularlas a los cambios observados en la sección cuantitativa.

5.2.2.1. Acciones del Departamento de Calidad y Mejora de Procesos. Al formarse el DCMP, los procesos de mejora de la seguridad de los pacientes se mantenían estáticos desde la disolución del Comité de Calidad Prestacional. La consultora externa había realizado intentos por mejorar la medición, especialmente en los departamentos certificados. Estos esfuerzos eran individuales y muchas veces infructuosos debido a la falta de una guía constante que generaban sus visitas espaciadas en el tiempo. La cultura de independencia profesional de los departamentos generaba una nueva barrera para la implementación de procesos de cambio

de envergadura organizacional. La estructura de la toma de decisiones organizacionales se seguía centrando en la cúpula directiva con amplia independencia de los jefes de departamento.

Para tratar de atenuar estas barreras, la Directora del DCMP intentó asegurar el acceso directo a la Dirección desde el primer momento, utilizando la posición en el organigrama que le correspondía al Comité de Calidad Prestacional. Una vez garantizado el mismo, comenzó a trabajar a través de ellos. Ella comentó: *“Todo el trabajo del departamento se hace en base a prioridades que van surgiendo, no hay plan estratégico de calidad. Detectamos las áreas o procesos que se podrían mejorar, lo medimos y elevamos a Dirección quien asigna las prioridades de cumplimiento”*. Para detectar estos procesos se comenzó con un trabajo de concientización a los empleados sobre la manera en la que realizaban su trabajo: *“queremos que entiendan la razón por la que lo hacen, si es necesario o por costumbre, y a quién beneficia”*.

El punto de partida fueron los jefes de departamento, a quienes se les pidió que generaran descripciones de puesto. Inmediatamente la cultura de independencia departamental generó una barrera que todavía no ha sido superada. La falta de información clara a los jefes de departamento sobre el rol prioritario del DCMP hizo que su pedido no fuera tenido en cuenta. Al respecto, la Directora mencionó en la entrevista al cierre de la investigación: *“Todavía el rol de calidad no está tan definido ni difundido, es necesario, la Dirección nos pide cosas, pero todavía no está bien establecido”*. Al no tener un plan específico de calidad, las implementaciones fueron orientadas a satisfacer las principales mejoras del plan estratégico organizacional: la informatización de la historia clínica, la continuidad y ampliación a nuevos departamentos de la certificación y la reorganización y mejora de procesos puntuales en determinados departamentos.

Entendiendo la cultura de independencia establecida, el DCMP ha optado por respaldar toda la implementación con la Dirección, quien siempre se ha mostrado disponible como apoyo para facilitar la tarea. Cuando se comienza a recabar información en un departamento, se le avisa por email al jefe del mismo con copia al Director, y si todavía se tienen dudas se organiza un encuentro para clarificarlas. Sin embargo, la Directora del DCMP mencionó la dificultad para que los jefes de departamento lean el email. Muchas veces las comunicaciones institucionales quedan relegadas y olvidadas en las casillas de correo. Incorporar al Director en el email ha aumentado el porcentaje de respuesta, pero muchas veces los jefes ven al DCMP como una intromisión en su territorio. *“Más que nada, no se entiende que es lo que estamos tratando de hacer”*, menciona la Directora. Al respecto, en diálogo con los jefes de departamento surgieron frases como: *“el DCMP no tiene buena fama en líneas generales, no*

avisan o no muestran las razones por las cuales envían papeles o formularios para completar”, “falta comunicación, estamos cansados de repetir cosas, no hay políticas verticales para incorporarla dentro de la Organización”, “esta es la tercera o cuarta vez que tengo que rellenar la descripción de mi puesto; cada vez que viene alguien nuevo a calidad pide lo mismo, como si no se comunicaran entre ellos. De retroalimentación, olvidate, nunca supe si alguna de las tres descripciones que envié fue adecuada”. Esta falla en la comunicación entre los responsables de departamento y el DCMP se trató de zanjar mediante la creación de la posición del Sub-director Médico Informático cuya principal responsabilidad es trabajar como enlace.

El DCMP ha realizado intentos para acercarse a los jefes de departamentos y comenzar a cambiar la cultura independiente. Se logró tener un lugar en la reunión mensual de jefes de departamento, donde el DCMP muestra su trabajo y los procesos que podrían mejorarse. La revisión del orden del día de estos encuentros permite ver que la perspectiva sobre calidad está cambiando. En las reuniones mensuales de 2017 y 2018, la presentación del DCMP aparece listada en el último punto, con una duración de 10 minutos. La Directora mencionó el cansancio y poco interés que le demostraban, ya que mientras hablaba empezaban a aparecer los mozos con las bandejas de comida. Durante 2019, esta situación se vio alterada tanto en tiempo y en orden, logrando mayor relevancia en el encuentro. En 2020, la Pandemia alteró el desarrollo normal de la Organización y no se realizaron reuniones de este tipo. Durante la reunión, la Directora brindaba datos, consejos y guías para comenzar a encontrar puntos de mejora a partir de la iniciativa de los mismos integrantes del departamento, pero estas sugerencias pocas veces llegaron a la primera línea, porque las reuniones de departamento no se implementan o son de asistencia voluntaria. *“Pareciera que la única función del jefe de departamento es coordinar las vacaciones del equipo, especialmente cuando la mayoría de los integrantes son médicos”,* menciona la Directora. En 2019, el DCMP realizó un formulario de evaluación “360” y realizó una encuesta de clima laboral en todos los departamentos de la Organización. A lo anterior se sumaron las estadísticas en tiempo real generadas por el empleado abocado a ello mencionado en la sección anterior. Todo orientado a generar diálogo interno y sistematizar las reuniones departamentales.

La barrera para llegar a los médicos es alta. La Directora menciona: *“Los médicos en general son el grupo más desafiante porque por formación e idiosincrasia tienen en su cabeza una soberanía de que su forma de hacer las cosas es “la forma”. Cuesta integrarlos a que existe una forma propia de la Organización, por más soberanos que sean a la hora de impartir tratamiento y diagnóstico”.* Los resultados de la HSOPS demuestran que el mayor avance, con excepción de Radiología, se dio en aquellos departamentos donde los enfermeros y técnicos

son mayoría. El trabajo para la implementación de la historia clínica digital fue amplio, dado que se requiere que los médicos utilicen la computadora en la consulta, un cambio necesario pero que rompe con la manera tradicional de trabajar. Se comenzó mejorando procesos en Radiología y Laboratorio para que los resultados de análisis estuvieran disponibles a través del sistema interno y a través de Internet con una clave de acceso dada al paciente. Para esto se cambiaron muchos procesos y se adquirió nuevo equipamiento. En los grupos focales, desde estos dos departamentos hubo quejas relativas a médicos que hacían volver al paciente al departamento a pedir una copia física para evitar usar el sistema. Otro desafío importante es lograr que marcasen en el sistema el momento en que comienza y termina una consulta, un elemento estadístico de suma importancia para el diagrama de flujo de pacientes, niveles de ocupación y estrategias futuras. La Directora ilustra: *“hemos recibido quejas de médicos de que no quieren usar el sistema porque tienen que hacer muchos clics y pierden mucho tiempo, cuando están todo el día usando el celular”*. Desde el DCMP aducen que a los médicos les parece una pérdida de tiempo debido a la ignorancia de la relevancia de contar con estos datos, y que las fallas en la comunicación no les permite educarlos de otra manera.

Con respecto a la educación, las únicas capacitaciones en el área fueron generadas por el departamento de Enfermería para sus integrantes, descrito en la siguiente sección. El DCMP solo orienta sobre las implementaciones que llevará a cabo y se ponen a disposición para resolver dudas futuras, pero no existe un plan de educación. Entienden de su importancia y lo mencionan como desafío al futuro. Destacar, especialmente a los médicos, que es importante que se formen en gestión, liderazgo y seguridad del paciente es prioritario para el DCMP, pero pareciera no serlo para la Dirección. Su ejemplo atenta contra este punto, tanto el Director General como el Director Médico no se han capacitado en ellas y no han dejado, aunque han disminuido, sus actividades de atención al paciente para centrarse en la tarea administrativa. Se ha intentado traer capacitadores externos pero el interés del personal es muy bajo. *“Ante una iniciativa de educación externa, el apoyo de la Dirección es necesario, no para traer a alguien sino para que el personal asista”*, señalan en el DCMP. El departamento de Docencia, encargado de las Residencias, tampoco cuenta con un plan de enseñanza de calidad, seguridad o habilidades blandas y técnicas de gestión. De acuerdo con su Jefe, existe un proceso de inducción, de orientación administrativa, donde podría incluirse momentos de información sobre la seguridad y la cultura que se está queriendo modificar en la Organización. No está en los planes del DCMP trabajar con los residentes como grupo específico, analizándose esto como una oportunidad de mejora debido a la perspectiva global que tiene el residente sobre el funcionamiento de las primeras líneas en la Organización. Al respecto, los residentes

ingresantes manifestaron frustración al comprender que una de las mayores actividades del médico es rellenar formularios. Esta utopía de un médico superhéroe que dedica todo su tiempo a sanar tiene sus raíces en las Escuelas de Medicina, centrándose la educación en aspectos técnicos, sin duda indispensables, pero obviando otras herramientas necesarias del médico, como las habilidades blandas y los conocimientos en gestión. En la casa de estudios superiores aledaña, de donde proviene la mayoría del personal de salud de la Organización, la educación es técnica, tradicional, con la salvedad de la incorporación de una materia optativa llamada Administración en Salud. Su Decano mencionó que dentro de ella se encuentran conceptos generales de la organización de la atención médica en Argentina y una unidad de habilidades gerenciales. El hecho de que esta materia sea compartida por alumnos de todas las carreras de la Facultad de Salud es un avance claro en dirección a mejorar el trabajo en equipo de los futuros profesionales.

Una última barrera se encontró en el reporte de errores. Al respecto la Directora del DCMP afirma: *“Una de las luchas más grandes que tenemos es la de la cultura de tapar lo que salió mal, no con mala intención sino por falta de conocimiento de que es lo que se debe reportar y cómo hacerlo”*. También menciona que existe un estigma en cuanto a anotar errores, en parte proveniente del Formulario de reporte de errores creado por el Comité de Calidad Prestacional, cuyo formato daba la impresión de ser altamente punitivo, *“el miedo al papel ya está instalado, hay gente que se enoja mucho cuando algo queda escrito en el sistema de calidad”*. La otra parte proviene del estilo administrativo de la organización religiosa que es dueña de la Organización. Desde el DCMP aseguran que, en el afán de no dañar la imagen de la religión, se alienta el no reportar y tratar de solucionar todo sin registro. La transparencia es el ideal, pero hay miedo a aplicarla en todas las situaciones. Históricamente, el reporte estuvo, y todavía está, asociado a las unidades certificadas: *“cuando le mandamos la planilla a las áreas no certificadas casi les da un ataque de pánico. Que la gente no se ofenda cuando uno le plantea que su forma de trabajo necesita mejorar es uno de los desafíos más grandes acá”*. El sistema de reportes de los departamentos certificados no está unificado y no se ha implementado un plan organizacional para mejorar el reporte. Es por esto por lo que los resultados de la HSOPS evidencian la paradoja de que el personal cree que se está reportando bien cuando la cantidad de reportes que realizan es mínima.

El DCMP creó un documento, especialmente para este Estudio, que lista las principales implementaciones realizadas desde su creación. De las 9 implementaciones listadas, 5 corresponden al nivel organizacional y 4 a procesos puntuales. Dentro de las organizacionales se observó aquellas relacionadas directamente a mantener y conseguir nuevas certificaciones,

las herramientas de gestión para los jefes de departamento (encuesta de clima laboral, tableros de control, evaluación de desempeño), mejora del contacto con el paciente (a través de la sistematización de las encuestas para paciente, campañas de difusión de los servicios prestados e interacción en redes sociales), y también la generación y análisis de datos para fundamentar cambios en los procesos. En este último, el DCMP vio su mayor función como agente generador de comunicación, creando espacios de diálogo entre departamentos para detectar mejoras posibles. Su Directora menciona: *“La mayoría de las mejoras realizadas ya estaban en la mente de los empleados solo que como trabajan aislados y sin herramientas de contacto interdepartamental se sentían solos. Nuestro trabajo ha sido básicamente de mediación, generando espacios comunes de diálogo”*. Para facilitar la comunicación, el DCMP y el encargado de estadística crearon un organigrama que abarcaba a toda la organización, ya que el que existía abarcaba solamente a los puestos jerárquicos. Esta herramienta no detalla funciones, pero si establece jerarquías y líneas de comunicación. Cada empleado puede entrar a su Intranet, donde ve entre otras cosas sus ausencias, turnos y liquidaciones, y observar allí su posición dentro de la organización.

El informe de implementación también abarcaba cuatro mejoras puntuales, en departamentos específicos, prioritarias para la mejora de la calidad y seguridad del paciente y la implementación del sistema digital de medicación, parte del proceso de avance hacia la historia clínica digital. Las primeras dos implementaciones fueron realizadas en 2017 y 2018 y abarcaron la ampliación del departamento de Farmacia para que trabajara 24 horas, dejando así de tener farmacias satélites en cada piso de internación, mejorando el stock y el costeo del medicamento a los pacientes. Para el departamento de Cirugía se creó una posición especial de farmacéutico, con el mismo objetivo. Finalmente, se incorporó el sistema HMS de control electrónico de medicación. Todo el control recae, ahora, sobre el departamento de Farmacia. El sistema se ajustó para crear kits para determinadas patologías, mejorando el flujo de medicación, una de las principales barreras para la implementación de esta mejora. La tercera mejora fue sistematizar la entrega de prótesis quirúrgicas. Se estableció un proceso riguroso de recepción, control y manejo para minimizar demoras para los pacientes.

5.2.2.1.1 El caso de radiología. El último cambio se implementó en 2019. Se realizó un cambio amplio en el departamento de Radiología, intentando aplicar tableros de control para indicadores críticos que mejoren la disponibilidad y la satisfacción adecuada de la demanda, junto con la adecuación necesaria para que los resultados pudieran ser consultados vía web y se acoplaran a la historia clínica digital. Se reorganizó todo el servicio incluyendo un cambio de jefe de departamento. El DCMP realizó este trabajo por pedido especial de Dirección, quien

“quería tener una visión objetiva del proceso y no caso por caso para poder mejorarlo” (Directora). Se invirtió en una herramienta de dictado tecnológico para evitar errores de transcripción y se equipó a los médicos con estaciones de doble pantalla. Los resultados del HSOPS y de las encuestas revelan que el cambio es notado, pero no necesariamente es beneficioso. El resultado, por el momento, es negativo para la cultura de cultura de seguridad del paciente.

En las entrevistas con el Jefe del departamento y con el Director General, se constató que ambos adjudican los resultados negativos (únicos en la Organización) al cambio organizacional interno previo a la implementación de las soluciones tecnológicas descritas en el párrafo anterior. Una falta de planificación interna llevó a tener una grave falencia de médicos de planta, recargando el trabajo en los residentes. El actual Jefe, en ese momento Residente mencionó: *“El Residente era un médico más, casi no se enseñaba, sino que era trabajar y trabajar”*. Esta situación irregular se prolongó en el tiempo debido a una falta de liderazgo departamental, que sumada a otras falacias sin resolver -como el tiempo de espera de los pacientes, conflictos con los técnicos, errores de transcripción en los resultados y pérdida de información- ameritaron la intervención de la Dirección. La intervención, intempestiva y total, rompió la cordialidad tradicional manifestada a un jefe de departamento destituyéndolo a médico de planta. Esta actitud ofensiva hacia la independencia clásica de los departamentos, y fuera de rutina, se basó en un informe del DCMP que manifestaba con estadísticas lo que era percibido por la Dirección. El nuevo Jefe, tomó la jefatura sin proceso de transición, sin ninguna experiencia de liderazgo de personas y con dos bandos claramente definidos dentro del departamento, uno totalmente contrario al cambio que incluía al jefe anterior. Todo esto se llevó a cabo sin que se brindara información detallada y fundamentos del cambio a los integrantes del departamento, generando una coalición que se opuso a los cambios impuestos de manera tecnocrática, dificultando mucho el trabajo del Jefe de departamento y las implementaciones del DCMP.

El cambio en este departamento, de 30 personas, profundizó la división generada. El nuevo Jefe, intentando separar a aquellos opuestos al cambio, reorganizó las tareas del departamento por tipo de estudios, facilitando la implementación de una turnera de estudios. La idea original era que cada profesional profundizara sus conocimientos en el área donde se encontraba, eliminando la movilidad previa. La falta de conocimiento del impacto sistémico de estos cambios llevó a que se sobrecargara a los técnicos quienes manifestaron tener graves problemas para organizar sus vacaciones o imprevistos y no ser escuchados por la jefatura. Otro problema fue generado por la tecnología. En un afán de eficientizar el proceso se adquirió

un costoso software de dictado para evitar la transcripción de la Asistente. El efecto fue positivo, pero afectó negativamente a las Asistentes quienes tienen más tiempo, pero perdieron gran parte de su razón de orgullo de trabajar en el departamento. Con canales de retroalimentación inexistentes, no tienen manera de manifestar su desacuerdo con la manera de implementar cambios. En otros departamentos, donde no hay una profesión mayoritaria, se generan subgrupos que velan por la integridad propia. En Radiología esto llegó a ser explícito, al mencionar que *“cada grupo trabaja por su lado y se cuida sus errores”* (Técnico). La Directora del DCMP menciona que fueron los chivos expiatorios de la mala implementación llevada a cabo por la Dirección: *“Fueron nuestros datos los que generaron un cambio necesario, pero cuya implementación podría haberse pensado mejor”*.

5.2.2.1.2 Otras implementaciones no listadas. Dos implementaciones, no listadas por el DCMP, rescatadas de la observación de documentación y las entrevistas fueron la creación y el mantenimiento del Comité de Auditores y la sistematización de las encuestas de satisfacción a los pacientes. El Comité se reunía, hasta la Pandemia, una vez por mes. Fue creado por el DCMP al observar el concepto erróneo de calidad que se había formado en el departamento de Laboratorio. Su objetivo principal es instaurar que todos son parte de la calidad, no una persona específica en cada departamento. Estos auditores trabajarán como “campeones”, ayudando con los cambios ocasionados por la mejora de procesos en sus departamentos. Estaba planeado comenzar en 2020, la Pandemia ha pospuesto el inicio al reorganizar prioridades y cargas laborales.

Las encuestas de satisfacción a los pacientes fueron lanzadas por primera vez por el departamento de UTI, junto con otros formularios que fomentaban la información al paciente y la protección legal. El objetivo de las encuestas era obtener datos externos para mejorar el departamento. Sus datos serían utilizados internamente para mejorar procesos. En una muestra de trabajo interdepartamental, el DCMP y la EDS adaptaron el formulario para que pueda ser utilizado por todos los pacientes internados y por el servicio ambulatorio. El primer grupo quedó a cargo de la EDS y el DCMP tomó a los pacientes ambulatorios. Se instaló en los enfermeros el deber de requerir a los pacientes dados de alta que la completen. A diferencia de esto, los pacientes ambulatorios deben tener la iniciativa de buscar el formulario, distribuido en racks en toda la organización, y completarlo. Esto generó una diferencia importante entre los respondientes (en 2019: 280 ambulatorios y más de 2.000 en internación). Sin embargo, las respuestas en ambas se muestran positivas en todos los casos, con un promedio de respuesta superior al 50% en la opción que describía que el ítem había superado sus expectativas. También se destaca que entre el 75% y 85% de los pacientes vienen por experiencias previas

o recomendación de personas cercanas, con un 90% de las respuestas asegurando que recomendarían a la Organización. Las quejas más frecuentes en la pregunta abierta correspondían a la falta de conectividad Wi-Fi en ambulatorio y el rango pequeño de canales de televisión disponible en las habitaciones en internación. En cuanto a la comunicación de resultados, no pareciera haber intercambio entre ambos centros de calidad; la EDS recurre directamente a los jefes de departamentos destinatarios de la queja, sin pasar por el DCMP.

5.2.2.2. Acciones de la Enfermera de Docencia y Seguridad. El puesto fue creado a la par del DCMP con el objetivo de mejorar la calidad en el departamento de Enfermería, ayudar con el cambio hacia la digitalización y el proceso de certificación del departamento. A diferencia del DCMP, las implementaciones fueron puntuales y orientadas a educar técnicamente y mejorar la comunicación. Al ser un grupo homogéneo y reducido, el cambio tuvo barreras más bajas, maximizando su efectividad y aumentando la percepción de cultura de seguridad del paciente en la encuesta HSOPS. Jerárquicamente, se ubicó como asesor directo de la dirección de Enfermería, con un contacto mucho más fluido y constante que su par a nivel organizacional. Esta cercanía facilitó la integración en la toma de decisiones departamental y permitió cambios más rápidos. Su lugar en el organigrama no estuvo formalmente reconocido hasta 2019 cuando DCMP realizó la implementación mencionada en la sección anterior. Durante la investigación, dos enfermeras ocuparon la posición, lo que llevó, ante la ausencia de un plan estratégico de acción, a que algunos procesos implementados no tengan continuidad en el tiempo, con el respectivo desgaste en el personal de primera línea.

Los primeros pasos se hicieron evidentes luego de que se informara a todos los enfermeros, mediante email, que se creaba la posición. Pocos enfermeros lo leyeron, la primera EDS menciona: *“llegué a un piso para informar sobre la charla del domingo y nadie sabía de mi nuevo cargo, había pasado ya una semana desde el email”*. La inscripción a la charla médica del domingo fue tan baja que debió ser suspendida. Por lo tanto, se identificó a la comunicación formal interna y a educar a los enfermeros en temas técnicos (para interesarlos en asistir) como las bases sobre las cuales construir el cambio cultural hacia la seguridad del paciente. El análisis de la EDS identificó que los enfermeros no tenían acceso a computadoras en el trabajo y no revisaban el email en su tiempo libre. Toda la comunicación relevante provenía de parte de los supervisores de manera oral. Se implementó un grupo de Whatsapp administrativo, donde solo 3 personas podían escribir, sirviendo de boletín informativo. La Jefatura del departamento adoptó la idea y comenzó a enviar toda la información relevante a los turnos y listas de trabajo por este medio, generando la necesidad de uso en los enfermeros. Con esta vía de comunicación establecida, se transmitieron las nuevas implementaciones

técnicas propuestas por la EDS y también se invitó a todos a asistir a las charlas informativas de 1 hora, los domingos, con frecuencia mensual. En estas charlas, un médico o enfermero actualizaba los conocimientos y procedimientos, respondiendo consultas, para terminar con un espacio pequeño de seguridad. Como la asistencia seguía siendo baja se ideó un plan para beneficiar a los asistentes con un día libre al completar un número determinado de encuentros, *“nos dimos cuenta que la flexibilidad en los días libres era primordial entre los enfermeros, que muchas veces se cubrían unos a otros para lograr mayor tiempo de vacaciones, o un día libre por trámites. Entendimos que esta era la manera de hacer que vinieran a las charlas”* (Primera EDS). Todas las implementaciones se basaron en el objetivo final de adecuarse para los cambios que vendrían: la digitalización y la certificación. *“El ejemplo de UTI fue de gran ayuda para comenzar, todos los enfermeros quieren trabajar ahí, hay un buen ambiente, orden y protocolos. Trabajar ahí da prestigio interno y muchos creen que esto comenzó con los cambios que introdujo la certificación”*, mencionó exponiendo la fortaleza del benchmark interno. Su sucesora comentó: *“la digitalización de la medicación fue un cambio de 180 grados, hace 100 años que se hace todo en papel, al amigar a los enfermeros con la computadora se logró un gran avance para el cambio más radical que será la hoja de enfermería electrónica”*. A su vez, destaca la ventaja de tener un promedio de edad muy bajo, acostumbrado a la tecnología, y supervisores en el mismo rango de generacional, que empatizan muy bien con los enfermeros.

Luego de establecido el inicio del cambio siguieron otras implementaciones como una charla de capacitación seguida de práctica en la habitación para los ingresantes, descripción y revisión de las funciones de cada puesto, escalas de riesgo de caídas y de deterioro del paciente para optimizar la decisión de llamar al médico (Escala de News), cartelería en las habitaciones y una carpeta informativa de ingreso para el paciente. Se creó un Informe de Incidente y Accidente de Pacientes con las 6 causas más frecuentes de error de un enfermero donde se relata el hecho sucedido y se incorporó una planilla de Evaluación de Procesos del Personal para que los supervisores evalúen objetivamente el desempeño de los enfermeros, fomentando la reunión de turno y la comunicación a través de la retroalimentación. La EDS menciona la falta de datos anteriores para observar si se está produciendo un cambio, pero ve que *“hay muchas cosas más escritas y protocolizadas, los enfermeros se van acostumbrando a que nadie hace algo porque quiere y hay más control tras la implementación de la Evaluación”*. Los incidentes reportados sirvieron para priorizar futuras implementaciones en el departamento *“vimos que teníamos muchas caídas y errores de medicación, lo raro era que pasaba más en pisos donde debería pasar menos”*.

Las implementaciones no fueron perfectas, la mayoría tuvo modificaciones. La digitalización de la medicación (proceso impulsado por DCMP dentro del plan mayor de digitalización de la Organización) presentó la necesidad de llevar un doble registro a los enfermeros, uno en el sistema y otro, tradicional, en papel. Esto recargó a los enfermeros quienes ya debían adaptarse a utilizar la computadora. La solución fue implementar paquetes de medicación para enfermedades frecuentes, agilizando el proceso, e implementar la versión *mobile* -en modo piloto- del sistema para no depender de tener una computadora cerca. La charla informativa fue reemplazada por una Jornada de tres horas con frecuencia trimestral, lo que permitió más tiempo de preparación y exposición y menos carga para el personal. A sugerencia del DCMP, se incorporó el uso del software Sharepoint para reemplazar la comunicación por Whatsapp (que sigue presente para cuestiones puntuales como una caída del sistema o emergencias). El traspaso no fue fácil: *“un año después de la implementación solo la mitad había entrado al Sharepoint, tuvimos que obligar a publicar ahí las listas de trabajo, el material de las Jornadas, las preparaciones prequirúrgicas, y ahora el instructivo de trabajo”* (Jefa Enfermería).

Finalmente, la EDS manifestó que siempre se cuenta con el apoyo de la Dirección, pero no con la iniciativa. *“Les interesa, pero no están tan comprometidos porque todos los que hacen parte administrativa también hacen parte asistencial, y esto es un monstruo, pero si vas con la propuesta te apoyan”*. Esta situación es compartida con lo mencionado en el DCMP. En relación con este departamento, la Enfermera mencionó que su primera idea iba a ser de un trabajo mucho más estrecho, pero que el DCMP parece tener demasiado trabajo, por lo que se limita a contactarse solamente para eliminar dudas: *“ahora yo trabajo en una isla, y me comunico por teléfono con la base”*. Reforzando la idea de independencia que el DCMP quiere establecer, la seguridad la hace cada uno en su trabajo.

5.2.3. Resultados de los procesos implementados de acuerdo con los destinatarios

En esta sección se describen las principales explicaciones ofrecidas por los empleados de la Organización en grupos focales y por sus jefes de departamento en entrevistas personales. El orden se basa en las áreas destacadas como oportunidad de mejora en la primera encuesta que conformaron la grilla guía de estos encuentros. Al final, se exponen las categorías encontradas en la tabla del Anexo VI. En la última fila de esta tabla, los departamentos son descriptos de acuerdo a su faceta de cambio en una de las categorías del modelo propuesto por Hudson (2003). Se incluyó al departamento de Farmacia por haber sido parte de

implementaciones sustanciales del DCMP: la reorganización del departamento con la introducción del sistema y el protocolo de manejo de prótesis.

5.2.3.1 El cambio tecnológico. La Dirección de la Organización lo ha considerado como estratégico y necesario para la mejora de procesos a través de la digitalización y el abandono del papel físico donde fuese posible. Esta modificación descansa en su mayoría sobre el Departamento de Sistemas Informáticos, con estrecha colaboración del DCMP que implementa mejoras en los procesos para proporcionar cambios secundarios necesarios para la implementación central. Este proceso genera un espacio de cambio y formalización ideales para que el DCMP introduzca mejoras tendientes a obtener la certificación en nuevos departamentos, como es el caso de Enfermería General. Se destacan los cambios del DCMP en la organización del departamento de Farmacia y en la digitalización de los resultados de Radiología. El primero fue necesario para la implementación del software central de medicación en pacientes internados (HMS), que a su vez se adjunta al segundo como bases para la implementación de la Historia Clínica Electrónica, actualmente en fase piloto con médicos clínicos.

Este movimiento genera un replanteamiento de una forma de trabajar centenaria en la Organización. En palabras de un supervisor de enfermería: *“El HMS rompió el gran muro electrónico”*. El carácter interdepartamental del mismo destacó falencias organizacionales de coordinación y comunicación, destacadas en la próxima sección, trabajo extra en la mayoría de los involucrados, falta de educación y apoyo por parte de los no involucrados, excluidos del diseño e implementación del cambio, y una planificación de la implementación incorrecta en algunos aspectos. La principal barrera mencionada fue la de la doble tarea, tanto por enfermeros como sus supervisores. El sistema tradicional de papel se mantiene y se le agrega el HMS, generando una doble registración. La implementación también ayudó a generar canales de comunicación entre departamentos que no lo tenían, como Sistemas y Enfermería General. Juntos trabajaron en el armado de paquetes de medicación para agilizar el proceso de los enfermeros, también se han ido puliendo aristas como la coordinación con Farmacia con medicación no prevista y de urgencia. Sin embargo, se expone claramente la falta de educación que tienen los enfermeros sobre el impacto del sistema en toda la Organización. La doble registración generó errores por comparación, por lo que internamente crearon un “parche” informal donde el turno noche limpia el sobrante de stock de acuerdo con su memoria o donde creen que se debería haber utilizado. *“Uno utiliza mal el sistema porque quiere entregar la guardia en orden”* (Enfermero). Otra falla por solucionar es que los enfermeros no pueden

acceder al sistema de estudios (Laboratorio y Radiología) por lo que tienen que pedirles a los médicos que dejen la sesión abierta.

La experiencia tiene similitudes en el departamento de Cirugía, donde explican una implementación sin acompañamiento, enseñándose entre compañeros de acuerdo con lo que van descubriendo. Ejemplifican diciendo que el HMS se implementó en un día feriado, donde solo hay un supervisor y no hay nadie de Sistemas para resolver situaciones emergentes. También reconocen la falta de un plan preventivo ante una caída del sistema, *“ocurrió ya dos veces, la primera está bien, pero que te pase de nuevo y no hayas arreglado nada...”* (Instrumentador). La referencia es hacia la falta de comunicación formal para implementar sistemas de contingencia ante una falla que lleve a reiniciar los servidores. La mala experiencia con los *checklists* impulsa la falta de motivación por aprender a utilizar sistemas digitales. Sin lugar en el cronograma de la cirugía, sin valoración por parte de los médicos, con grandes problemas de conectividad y pérdida de datos desde la digitalización, y sin ningún tipo de educación o retroalimentación sobre su beneficio, el *checklist* queda relegado *“en el quirófano no hay tiempo que perder, lo hacés en un huequito, no como deberías hacerlo”* (Instrumentador). El personal de Cirugía tiene una mayor antigüedad que el de Enfermería General y a pesar de que manifiestan adaptarse a los cambios (técnicos), inmediatamente levantan barreras ante cambios organizacionales, reforzado en el grupo focal con el rechazo a la aparición de una nueva jefatura que desea modificar la manera de hacer las cosas.

De manera opuesta, ninguno de los entrevistados tuvo comentarios negativos hacia el fin que busca el HMS. *“El sistema anterior nos hacía cometer más errores, ahora está todo más visible”* (Farmacia); *“El HMS es como un diamante en bruto, hay que pulirlo un montón y eso cuesta trabajo, pero con buena disposición, va a ser vital para cuidar al paciente”* (Enfermero). *“No anuló las pérdidas, pero el supervisor sabe en dónde está el problema”* (Supervisor Enfermería). Uno de los beneficios más mencionados fue el aprendizaje a que hay otras maneras de realizar el trabajo. *“Con el cambio del sistema vemos que siempre hay algo que pueda mejorarse”* (Farmacia), *“Nos hemos adaptado bastante a los cambios, todo el tiempo estamos cambiando”* (Cirugía), *“Mis empleados reconocen ahora la importancia y efecto de su trabajo en la seguridad del paciente”* (Jefa Farmacia). El efecto no es el mismo en las profesiones médicas. Los médicos residentes no ven o se acuerdan de cambios, no están al tanto de las iniciativas del DCMP, de las encuestas a pacientes, de lo que hace el HMS. Saben que existe, pero lo toman como un procedimiento de Enfermería y no como una mejora donde ellos también están involucrados. Los médicos de planta si conocen el HMS y su función, pero lo ven como una carga: *“unas pocas veces el tener que usar tiempo en dar clic*

para liberar un medicamento es tedioso, si nos dieran tiempo para calidad podríamos arreglar estos detalles”, al preguntarle sobre esto a la Directora del DCMP manifiesta que la Organización estuvo dos meses sin atención por la Pandemia y que no recibieron ningún intento de sugerencia por parte de los médicos: *“es una mezcla de actitud, prioridad e ignorancia, no se les ha inculcado el beneficio de la mejora del proceso”*. Otro colega médico dio una mirada potencialmente muy peligrosa para la seguridad del paciente que se alinea en el cambio de paradigma del médico superhéroe independiente: *“Debería haber una manera de saltar el sistema, destrabarlo, en estas situaciones, tengo que venir hasta mi computadora para destrabar un antibiótico”* (Médico clínico); un enfermero resalta este punto: *“a veces el médico se olvida de destrabar los medicamentos y no le podemos sacar el dolor al paciente”*. Se recabaron quejas también contra la implementación del marcado del inicio y final del turno impulsada por DCMP. *“ajustar alguna cuestión de turnera manualmente, a veces me olvido de clicar cuando entra alguien y después ya no puedo cambiarlo”*. Para el ex jefe de UTI, pionero del movimiento en la Organización, el mayor problema para el médico es que el beneficio se ve a muy largo plazo, no como en las demás profesiones: *“el médico tiene que cambiar la mayor parte de su trabajo, generando recarga, sin un beneficio claro para su función en el corto plazo”*.

En los departamentos certificados se indagó sobre el proceso de certificación como posible ejemplo para las implementaciones actuales del DCMP. En ambos departamentos hubo que romper barreras altas, nadie estaba cambiando, *“existía mucho miedo y desconfianza”* (Jefa Laboratorio), los enfermeros de UTI estaban acostumbrados a hacer todo solos, ya que no contaban con médicos exclusivos o una protocolización detallada: *“todos los procedimientos estaban en una carpeta chiquita”*. La contratación de la asesora externa ayudó al objetivo, pero generó roces, mayormente en UTI: *“no entendíamos por qué certificar si no había competencia en la zona”*. La asesora implementó mucha documentación en el trabajo de los enfermeros hasta el punto de la saturación, sentían que se abandonaba al paciente, *“de entrada se podría haber hecho de forma más fácil si veíamos a donde se estaba apuntando”*. Laboratorio también tenía que afrontar un cambio edilicio mayor, que se preparó con mucho detalle y fue ejecutado de manera muy satisfactoria, contrarrestando el argumento económico de la gerencia con un aumento del 50% del número de pacientes. *“Al comenzar se sentía que ciertas cosas se emprolijaban y eso ayudó mucho”* menciona un Bioquímico. *“No hubo roces, sino mucho trabajo para enmarcar cada cosa en un procedimiento, mucho trabajo y horas extras no reconocidas”* (Técnico). La respuesta de los técnicos se puede ver influenciada por un problema que todavía no tiene solución: son los únicos en la institución que no tienen un

domingo libre al mes. En Laboratorio también apareció el Formulario de no conformidad punitivo descrito en la sección anterior, *“sentían que los estaban retando, el cambio edilicio fue menos problemático que el de la persona de calidad”*, menciona su Jefa. El principio implementado por DCMP de que cada empleado era responsable por sus registros requeridos por la certificación colisionó con la subcultura del departamento y generó un distanciamiento que se percibe hasta el día de hoy.

A pesar de las dificultades, el personal de estos departamentos destaca los beneficios de la certificación, poniendo como logro mayor la formalización de los procedimientos, *“ahora te vas tranquilo a tu casa y tenés argumentos sólidos cuando el médico no te cree los resultados”* (Bioquímico). Esto es reafirmado por los médicos: *“Laboratorio levantó bastante, se nota que mejoró su calidad desde que están con lo de las ISO”*; *“con el tiempo te das cuenta que es re útil, nada queda en el aire, cada vez hay menos resistencia al cambio”* (Técnico); *“los chicos de piso (Enfermería general) quieren trabajar con el orden que tenemos acá, eso se permea”* (UTI); *“es difícil cambiar al principio, nadie nos enseñó como indicarle al paciente mayor que viene del campo que ahora los resultados están en Internet y no en papel, así que nos creamos un procedimiento”* (Asistente Laboratorio). Todos destacaron también las mejoras de las condiciones físicas y el orden con el que se debe trabajar. La búsqueda de la mejora constante parece haberse instalado en los empleados: *“ahora un cambio importante sería mucho más fácil que hace 20 años porque hay otra cultura”* (Bioquímico); *“la certificación instaló el concepto de mejora continua, trazabilidad, mejoró la comunicación, orientó la búsqueda de personal, ahora ya no podríamos trabajar sin los programas de la norma ISO, la trazabilidad redujo muchísimo los problemas”* (Jefa de Laboratorio); *“UTI es el lugar donde los enfermeros quieren trabajar, el cambio ya es rutina, no podés dar un paso atrás”* (Supervisor UTI).

5.2.3.2. Comunicación en la Unidad de Trabajo y entre Unidades.

5.2.3.2.1. Intradepartamental. El estudio cuantitativo demostró que la mayor fortaleza se encontraba en el trabajo y la unidad del equipo dentro del departamento. Sin embargo, el estudio cualitativo trae a la luz que esto ocurre por esfuerzos individuales e informales de comunicar los cambios que son implementados y adaptar la rutina a ellos. Se necesita de mucho trabajo en equipo porque la comunicación externa es escasa y deficiente y la relación con los Jefes en muchos casos es lejana, acentuándose en departamentos con jefes médicos. En departamentos donde existen tres profesiones interactuando, este problema se acrecienta. Opuestamente, la relación con los supervisores es muy cercana, siendo ellos los que,

generalmente de manera informal, deben encontrar los medios de comunicar a la unidad con el resto de la Organización.

La comunicación de errores y mejoras debe luchar contra la cultura establecida de solucionar errores internamente para que no afecten a la imagen del profesional. *“Los enfermeros tenemos esa cultura de solucionar todo rápido, internamente, de ayudarnos entre nosotros”* (Supervisor Enfermería); *“somos como una familia, los trapos sucios se limpian adentro”* (Farmacia). La mayor queja en la implementación de cambios es la de la falta de comunicación sobre los beneficios que traerá, y el no ser tenidos en cuenta a la hora del diseño. *“Al cambiar, se manda un memo, pero no se dan las justificaciones de por qué se cambia, todo baja directo de arriba”* (Enfermero); *“Nos avisan cuando se cambian las cosas, pero no el por qué”* (Instrumentador). También se encuentran falencias en los canales de retroalimentación y mejora de las implementaciones. En algunos departamentos todavía existe el miedo a enfrentar a un superior y si se lo hace, es en grupo. *“La mitad de las veces las sugerencias no son tenidas en cuenta, se cambia de jefe sin consultarnos y ellos no se amoldan a cómo hacemos las cosas acá”* (Instrumentador). Al truncar el único camino formal de retroalimentación, el empleado no tiene otra opción para manifestar su duda o propuesta de mejora, se frustra y acepta, sin verdaderamente involucrarse, las nuevas condiciones sobre las que nada puede hacer.

La falta de continuidad y de planeación estratégica en el DCMP y la EDS hacen que se repitan requerimientos y se desactiven programas previos: *“Me trajeron un nuevo certificado de confidencialidad para firmar, ¿qué pasó con el anterior? ¿por qué lo cambian?, nadie explica”, o lo mismo con la descripción de puesto, cada persona nueva de calidad la pide”* (Médico cirujano); *“se comenzó con la escala de News con mucha fuerza y sin explicarnos bien que era, estuve un año aprendiendo a usarla, de manera autodidacta, para que quede en desuso con el cambio de Encargada”* (Enfermera). Se evidencia una falta de información sobre la naturaleza y objetivo de estos documentos, aumentándose el efecto negativo hacia implementaciones que provengan de estos departamentos. El DCMP sostiene que todo se comunica a los jefes de departamento y que siempre están dispuestos a ir y explicar las razones de los cambios propuestos. Encontrando el problema en la falta de comunicación interna.

Los departamentos certificados manifiestan que los procesos requeridos por ella ayudaron mucho en la comunicación interna. *“Ahora está todo escrito, protocolizado y digitalizado”* (Jefa Laboratorio); *“antes la culpa la tenía siempre el técnico, ahora con la trazabilidad se mejoró mucho la comunicación interna”* (Técnico); *“en los momentos de crisis se sabe cómo actuar, dos no vamos a correr por lo mismo, cada uno sabe exactamente qué*

hacer” (Enfermero UTI); *“venimos de un estándar muy alto, un trabajo muy ideal, hay un sentimiento de pertenencia muy fuerte”* (Enfermero UTI). Esta evidencia manifestada también trajo a la luz diferencias de eficiencia dentro del departamento y resaltó problemas más profundos entre los grupos de profesionales.

5.2.3.2.2. Interdepartamental. Destacada como la principal falla en la Organización por los entrevistados, la comunicación interdepartamental formal fue fuente de constantes quejas. Los resultados cuantitativos muestran un gran avance en dimensiones que la afectan, como el trabajo en equipo interunidad y las transiciones/transferencias. No obstante las mejoras, las barreras impuestas diariamente al personal por la falta de una estructuración formal clara y eficiente, tapan problemas más pronunciados como la punitividad del error, la falta de reporte o la escasez de personal.

Fue destacado que la comunicación depende de los canales informales, del esfuerzo personal de cada empleado y de los contactos que esta tenga. *“Hay mucho de movilización de uno mismo. La comunicación es por boca a boca”* (Médico Radiólogo); *“En general la comunicación nace porque nos conocemos entre nosotros, no porque haya algo formalizado”* (Técnico Laboratorio); *“Entre los médicos de planta no tenemos problema porque nos conocemos y nos llamamos. Los residentes si se pelean más porque no se conocen”* (Médico Clínico); *“El enfermero tiene que actuar de organizador del flujo de profesionales que vienen a atender, si es medio quedado surgen problemas”* (Enfermero); *“(la comunicación) es una de las grandes fallas que todavía seguimos teniendo, no hay muchos protocolos de traslado y entre los encargados no se hablan”* (Instrumentadora).

La incorporación de la tecnológica facilitó la formalización de tareas y la trazabilidad de medicamentos, sirviendo como disparador del cambio organizacional. A su vez, el carecer de una estructura de comunicación formal y clara, complejizó su implementación y profundizó divisiones. *“Ahora ya no tenemos que descifrar la letra de un enfermero o médico apurado”* (Farmacia). Otro compañero aludía a la falta de comunicación en la implementación: *“Cuando empezó el HMS la culpa era siempre del sistema, la gran mayoría de las personas pensaba que nosotros habíamos pedido el cambio, se sentían recargados, en especial los enfermeros. Por ahí ellos se olvidan de hacer un clic, bajan a pedir medicación y nosotros no se las podemos dar porque figura que todavía tienen, eso los enoja”*. Al respecto, desde las jefaturas mencionan que se trabaja en la coordinación y mejora del sistema, pero es muy difícil porque no hay un flujo determinado. *“No hay lugar donde se pueda llegar a todas las jefaturas, o si se logra (de manera personal) luego la información no continúa a los operarios, especialmente en Enfermería porque rotan mucho. Para llegarle a los médicos hay que ir a través de la*

Asistente de Dirección sino, no te leen. Se hace todo manual, levantando el teléfono y llamando, no hay sistema de comunicación” (Jefa Farmacia). Este último punto es corroborado por un médico: *“se reciben muchos correos y los importantes se pierden entre los automáticos. Se debe mejorar el sistema para entender que información le es relevante al médico y cuál es administrativa”*, generando así un punto de debate sobre la facilidad con la que información importante se pierde por la subjetividad del médico de lo que es considerado “administrativo”.

Una queja frecuente es la falta de consulta sobre las implementaciones planeadas. Las normativas vienen sin consultar o educar a los operarios. *“El no preguntar genera baches”* (Enfermero); *“Cambian sin preguntarnos y no sabemos cómo decirles que algo no funciona”* (Técnico radiólogo). Los supervisores, en especial de Enfermería, mencionan que están abiertos a recibir sugerencias y quejas pero que si estas deben salir del departamento no saben a quién recurrir. *“(la comunicación) es la pata más débil de la organización, trabajamos como islas de información”*. La Jefa del departamento entiende su función de nexo para comunicaciones importantes, pero también menciona que los supervisores deben apoyarse en vínculos informales, generados por el paso del tiempo, para comunicarse horizontalmente fuera del departamento, formando un flujo que Mintzberg (2018) denominó de constelaciones de trabajo. Los departamentos de apoyo, en especial Radiología, se quejan de la falta de atención a los horarios donde hay guardia activa y pasiva. *“Se habla y se arregla por un tiempo, pero después volvemos a lo mismo”*. Por su parte un Residente opina: *“Es difícil acordarse de hasta qué hora cada departamento trabaja, se podría coordinar mucho mejor”*.

Los departamentos certificados, ordenados por protocolos de comunicación claros, observan dificultades y desorganización a la hora de comunicarse con departamentos no certificados. *“La no certificación hace más difícil el trabajo, no entienden la necesidad de mejorar”* (Asistente Laboratorio); *“Es difícil con los que no están certificados, la diferencia entre Laboratorio y Radiología se nota”* (Enfermera UTI); *“pasas por un departamento, vez una oportunidad de mejora y no sabés cómo hacer para decirles, no tienen idea de lo que es”* (Técnico Laboratorio); *“se percibe que hay diferencia en calidad y control con los no certificados”* (Jefa Laboratorio). La falta de protocolos de comunicación y transición de los pacientes fue notada como el principal obstáculo.

5.2.3.2.3. Relación con los profesionales médicos. La relación de los médicos con los distintos grupos de profesionales se observa distante en el ambiente técnico profesional pero cercana en el ámbito personal. Ninguno de los entrevistados se refirió a malos tratos recibidos por parte de médicos, las quejas se orientaban al desconocimiento de las tareas que se requerían de ellos bajo el nuevo sistema digital o por cambios implementados en el funcionamiento del

departamento. Entre las características positivas se destacaban su disposición a la ayuda y el trato humano. *“Algunos médicos se preocupan por la salud de los enfermeros”* (Enfermero); *“Los médicos de staff están siempre disponibles y con los residentes es todo aún más sencillo, todos ayudan a mejorar”* (Enfermera UTI); *“Se trabaja muy bien, los médicos responden en menos de 5 minutos y esto hace que los empleados se sientan valorados”* (Jefa Laboratorio). Las mejores referencias provinieron de departamentos certificados donde los médicos comprendieron que se trabajaba de manera objetiva y trazable. *“Se ha transmitido la seguridad de hacer bien la tarea, hace 5 años íbamos con todos los controles de calidad, ahora ya confían”* (Bioquímico); *“Acá los médicos están dispuestos a colaborar, en su mayoría. En otros lugares, son reyes, acá les puedes hablar o sugerir cosas”* (Técnico de Laboratorio). Otros departamentos no certificados como Radiología y Cirugía presentaban opiniones más reservadas respecto a poder cuestionar al personal médico.

Las quejas se orientaron hacia dos aspectos, la falta de entendimiento de cómo trabajan las otras profesiones (los requerimientos que estos tienen) y características culturales tradicionales de la profesión de médico, y, en segundo lugar, la ignorancia generalizada a los nuevos sistemas digitales. Dentro del primer grupo, la mayoría de las opiniones resaltaron problemas puntuales, basados en la cultura tradicional de lo que debe ser un médico: Una persona con poco tiempo para lidiar con la burocracia del sistema de salud, centrado en su tarea y apoyado por todo un equipo que lo asiste. *“Hay que estar detrás de ellos por cosas que son responsabilidad suya”* (Farmacia); *“Están muy acostumbrados a lo verbal, tenés que andarles detrás para registrar cosas”* (Enfermera UTI); *“Tenés el acompañamiento de tu Jefa, pero no de los médicos, ellos minimizan el checklist, sería bueno que nos ayuden”* (Instrumentador). A esto se suma las fallas sistémicas que implantan una carga excesiva de trabajo en aquellos médicos menos capacitados, en formación, que deben tomar decisiones complejas de manera individual que activarán a distintos sectores de la Organización cuando, en general, estas se encuentran en modo pasivo. Tanto en Laboratorio como en Radiología se expuso esta falencia. *“En las guardias estamos corriendo 12 horas, esto ya lo hablamos, pero siempre se vuelve al error. En especial como son residentes los que están de guardia piden mucho más de lo necesario, capaz por desconocimiento, el tema de pedir mucho, innecesario, o que te llamen como urgente y no lo sea”* (Bioquímico); *“El cuerpo médico es difícil de tratar, ya tienen una estructura que hace que el más inexperto, el más inseguro, sea el responsable cuando acá como menos”* (Enfermero).

El segundo grupo de quejas estuvo orientado a la falta de conocimiento de los nuevos sistemas implementados y el papel del médico en ellos. La Jefa de Farmacia lo resume: *“Se*

necesita más educación a los médicos sobre el sistema”. “No tienen mucha idea de los cambios, pero a veces vienen a las charlas para aprender, se preocupan y atienden el teléfono” (Enfermero). La idea que la disposición de los médicos está, y que simplemente no han sido informados o educados, es común entre las distintas profesiones. Desde distintos departamentos se cuestionaba la correcta comprensión de la importancia de los cambios que se realizaban. “Con Traumatología y otros médicos en general está el problema que no se toman en serio cobrar lo que van usando” (Enfermero); “cuesta que los médicos se alineen, no devuelven la medicación que aplican o piden en nombre de quirófano y no del propio médico” (Instrumentador); “Si no quieren hacer la receta por estupefacientes deberán encontrar otra opción que no lo precise” (Jefa Farmacia). La experiencia de la adecuación al sistema de reportes digital de laboratorio muestra que el problema real no es la implementación o la disposición de los médicos sino las fallas en la comunicación y que el avance no es completo por la falta de conocimiento de la razón que fundamenta el cambio. Esta última es explicada por la falta de participación en el diseño de este, volviendo a la idea tradicional de la independencia departamental. Una vez más la implementación tecnocrática sin un pensamiento sistémico es forzada en algunos sectores de la Organización. “Al principio les costó, pero se acostumbraron a los reportes en computadora. Generamos una encuesta anual para ver que se puede mejorar y la mayoría de las quejas son por fallas en la comunicación, pero el protocolo ya está establecido solo que ellos no miran el email o el sistema” (Jefa Laboratorio); “Hay médicos jóvenes que no les gusta ver en la pantalla el resultado, mandan al paciente que vaya y busque el informe, contrario a lo que se quiere implementar” (Asistente Laboratorio).

5.2.3.3. Concepto de Error. Las dimensiones relacionadas al error y reporte se ubicaron entre las que presentaron una mejora más leve. El concepto clásico de error punitivo está muy presente en aquellos departamentos que no han recibido implementaciones por parte de calidad. En los departamentos certificados o en planes de serlo se observa una mezcla entre lo enseñado y lo practicado, partiendo del punto básico de la ausencia de difusión del formulario creado a tal fin, la educación para su uso, y, en especial, la retroalimentación sobre cambios realizados con base en lo reportado. El concepto de error sistémico no está presente en la Organización. El tibio impulso del DCMP e iniciativas individuales departamentales entablan una lucha desigual contra la cultura prevaleciente, fundamentada por un siglo de trayectoria.

El concepto de mejora continua ha permeado todos los departamentos, pero no se ha fomentado el reconocimiento del vínculo que esta tiene con el reporte de errores, principalmente porque no existen datos. *“No hay medición para ver si hay problemas, sumado*

a que los médicos tenemos mucha autoconfianza, esto puede ser una trampa” (Médico clínico); *“(para hablar) siempre vamos juntos, si vas sola te crucifican y te sacan”* (Instrumentador). Las iniciativas individuales por medir en los departamentos quedan aisladas ante la ausencia de canales formales de comunicación. Un Residente que estuvo en un hospital acreditado internacionalmente vio deficiencias en el protocolo de quirófano, mencionó que no sabe cómo formalizar la oportunidad de mejora y no conoce los protocolos que tienen el personal no médico del departamento. En Farmacia, reconocen que reportar *“nos ayuda a mejorar y a no cometer más errores”*, pero no hay un sistema formal y su jefa menciona tener muchos problemas, sobre todo de comunicación, para coordinar un cambio que involucre a otro departamento.

La base de datos mundial expone que la falta de comunicación y registro de errores son un problema mundial, que en la Argentina aumenta con la cultura médica tradicional, potenciada por ser una organización religiosa, en teoría libre de errores al ser guiada por un ser superior. Esta manera de comportarse, que aísla los incidentes en el lugar donde ocurren para evitar la pérdida de imagen del departamento o de la Organización, va en contra del concepto de error sistémico y de una organización transparente. *“Cuesta mucho que declaren el error”* (Supervisor Enfermería). Varios entrevistados mencionaron el concepto de trabajar en *“familia”* dentro del departamento y la Organización. Se reconoce el efecto positivo de destacar y reportar los errores internamente ya que como familia los problemas se solucionan en casa y se da la mejor imagen a la visita. El grupo de los residentes en especial presentó varias situaciones puntuales de error donde implementaron cambios poniéndose de acuerdo entre ellos, intentando estar más atentos para que no sucedan nuevamente. Al carecer de un sistema de reportes, se habló con el Jefe quien lo autorizó y no quedó registro.

La mala implementación del Formulario de no conformidad mencionado en secciones previas todavía está presente en el recuerdo de aquellos empleados más antiguos y creen que es una de las principales razones por las que se reporta poco. El formulario se basaba en un enfoque sistémico del error, pero la diagramación asustaba a los empleados con lenguaje propio del concepto de error punitivo como comenzar especificando demandante y demandado. *“El formulario de no conformidad hizo daño, los de aquel tiempo todavía se acuerdan y no reportan. Los reportes provienen de los más nuevos, que hasta se quieren autohacer oportunidades de mejora”* (Jefa Laboratorio); *“A pesar de que es importante reportar los errores existe miedo a rellenar el formulario de mejora”* (Enfermero); *“Existía un formulario anterior que arrancaba mal desde el nombre. Ahora eso no lo sacás más”* (Técnico Laboratorio).

La certificación ISO 9001:2015 exige tener explicitado el canal de retroalimentación y mejora de errores por lo que las iniciativas más importantes han sido implementadas en los dos departamentos certificados. Los resultados son mixtos. UTI incorporó una caja anónima de sugerencias en dos oportunidades. En la primera se recibieron muchas sugerencias alguna de las cuales fueron implementadas. *“El problema es que los que no vieron sus sugerencias implementadas, por cuestiones de coordinación interdepartamental o porque eran internas pero super soñadoras (como si fuéramos de primer mundo), se ofendieron”* (Supervisor UTI). En la segunda oportunidad la cantidad de sugerencias fue significativamente menor. En Laboratorio, la principal temática fue la imposibilidad de coordinar la mejora interdepartamental debido a la falta de protocolos de implementación en los otros departamentos. *“El error humano existe y hay que trabajar para mejorarlo. Pero tiene que ser todos por igual. Yo cargo mal órdenes de médicos por no poder leerlas más que por distracciones”* (Asistente Laboratorio); *“vas caminando por un departamento, llevándoles un trabajo, y decís acá se podría mejorar esto y lo podría hacer de otra manera, pero no sabés cómo hacer para decirles, no tienen ni idea de lo que es la oportunidad de mejora”* (Técnico Laboratorio).

5.2.3.4. Apoyo de la Dirección. Esta sección representó la suba más significativa en la sección cuantitativa con un 23%, dejando atrás la clasificación como oportunidad de mejora y acercándose al nivel de fortaleza. La presencia del DCMP y la EDS, sumados a la intención de mejorar procesos para obtener certificaciones en departamentos clave, llevan a identificar positivamente a la gestión de la administración como agente de cambio en la seguridad del paciente. Siendo que los procesos en organizaciones complejas son naturalmente transversales, cabe preguntarse si el enfoque no estaría mejor dirigido con esta orientación que en intentar mejorar departamentos de manera aislada. No es reconocido que la Dirección General priorice la seguridad del paciente directamente, pero si a través de la creación de cargos para ese fin. Las entrevistas y grupos focales exponen que la clave para percibirse apoyados por el DCMP y reconocer que los cambios llevan a una mejora en la seguridad del paciente recae en los supervisores y, en mayor medida, en los jefes de departamento. Ellos son las bisagras que hacen que sus empleados perciban y trabajen con calidad, incrementando la seguridad de los pacientes.

El resultado de las entrevistas destacó tres grupos de departamentos con diferente percepción del involucramiento y apoyo de la Dirección. Aquellos departamentos que recibieron asistencia del DCMP para implementar mejoras o mantener la certificación sentían que eran escuchados y tenidos en cuenta por la Dirección. *“Somos escuchadas por el*

liderazgo” (Asistente Laboratorio); *“El contacto es a través de la jefatura, pero siempre es fluido”* (Enfermera UTI); *“Si alguien se queja, esta llega rápido a la directiva y se realiza el cambio”* (Farmacia); *“Siempre me sentí escuchada, pero no comprendida. Mis jefes siempre fueron médicos y se basaban en un estereotipo histórico del farmacéutico mucho más estrecho a lo que es hoy la profesión. La gente de Calidad actúa de intérprete, facilita el diálogo”* (Jefa Farmacia); *“Antes no había modificación ni retorno, ahora sentimos que la Dirección nos apoya”* (Técnico Laboratorio). Los entrevistados mencionaron situaciones donde se encontró una oportunidad de mejora y la corrección o retroalimentación recibida, rápidamente indicaron el camino para informar una oportunidad de mejora hasta el DCMP.

Un segundo grupo rescata la influencia de la Dirección, a través del DCMP, pero menciona un contacto indirecto, solo a través de sus superiores o jefes de departamento. En este segundo grupo se encuentran los departamentos de Enfermería General y Cirugía, que son constituidos mayormente por Enfermeros e Instrumentadores. En el primero, la intervención del DCMP llega de una manera coordinada con la EDS (relación que no está protocolizada y que, como se mencionó previamente, muchas veces padece de ineficiencias en la comunicación). En Cirugía, DCMP ha implementado *checklists* y formularios de consentimiento, negociando con una jefatura de departamento, médica, que no encuentra la necesidad de cambiar la rutina ya establecida. *“No hay trato directo, si con los encargados”* (Instrumentadora). Esta respuesta se repite entre los diferentes grupos encuestados en Enfermería General, admitiendo que los enfermeros de piso no tienen contacto con DCMP, considerándolo un trabajo del supervisor. Mantienen una opinión dividida en cuanto a si sus sugerencias son tenidas en cuenta y afirman que la retroalimentación es escasa. Al preguntar sobre esto, el lenguaje físico de los supervisores exponía dudas y miedo a dejar asentada la realidad de la comunicación con el DCMP y la Dirección.

El tercer grupo involucra a aquellos departamentos donde DCMP no ha realizado estudios ni mejora de procesos o donde la intervención de DCMP fue vista como negativa. En el estudio cuantitativo estos departamentos eran representados por Clínica, Salud Mental y Radiología, con porcentajes de respuesta positiva 50% más bajos que el primer grupo con relación al apoyo de la Dirección. *“La Dirección está preocupada con calidad, baja línea, pero no asigna recursos. Un médico dentro del DCMP vendría bien, los tomarían más en serio, simplemente por el hecho de que “este me entiende””* (Jefe Clínica); *“Con Calidad no tenemos contacto, existe un acta para llenar por problemas, pero no nos tienen en cuenta, la completé a los meses de ingresar y llevo un par de años sin retroalimentación”* (Técnico Radiología); *“Cada médico hace lo que se le da la gana en calidad”* (Médico clínico). Tanto la Dirección

como el DCMP no son ajenos a estos puntos débiles, por lo que se ha trabajado para mejorar la participación de los médicos en los programas y aprender de los errores realizados en Radiología.

La participación de cada empleado en la mejora es un concepto que el DCMP intenta impulsar. Sin embargo, la ausencia de educación, analizada en los puntos anteriores, hace evidente que este no es el pensamiento generalizado entre los empleados. Consideran, con alto grado de veracidad, que el problema se encuentra en la falta de priorización que los jefes otorgan a los planes del DCMP. En las entrevistas, se mencionó a la falta de lineamientos estratégicos verticales que ayuden a que los jefes de departamento lleven a cabo correctamente los programas del DCMP en sus unidades. A continuación, se presentan algunas frases que respaldan estas ideas: *“Faltan políticas definidas de calidad que bajen desde arriba”* (Supervisor UTI); *“Calidad no tiene personal para lidiar con todo calidad en la Organización, no tienen autoridad para implementar cambios ni apoyo, muchos jefes de departamento sienten que es opcional”* (Supervisor Enfermería); *“Lo que calidad dice se toma como sugerencia”* (Jefa Farmacia); *“En otros departamentos hay mucha resistencia al cambio, en especial por la falta de compromiso del jefe del área”* (Técnico Laboratorio); *“otros departamentos no tienen la cultura del cambio, le falta cambiar la cabeza a algunos jefes en cuanto al cambio, lo tienen que acompañar”* (Asistente Laboratorio). Los jefes, por su parte, reclaman por la inexistencia de una definición de la función de un jefe, por la ausencia de tiempo para llevar adelante un cambio en la manera de trabajar y por la falta de apoyo en la implementación, como lo expresa el Jefe de Clínica: *“No se asigna mucho tiempo a la jefatura y nada para calidad. No tengo descripción de puesto, directivas, u opción para elegir qué es lo que debería hacer. El que se manda a hacer algo de calidad es por voluntad propia, si yo me tomo el trabajo y me da un ACV, ¿quién me cuida?”*. Al ahondar en el problema, a través de grupos focales, aparecen fuerzas y poderes informales que imponen barreras a la mejora, imperceptibles desde la formalidad de una encuesta o la observación de documentación: *“En una comunidad tan chica, el costo para la Dirección de ponerse en contra de ciertas personas es muy grande”* (Supervisor Enfermería). A pesar de que los empleados perciben un mayor apoyo de la Dirección en la seguridad del paciente, el mensaje desde Dirección no ha sido lo suficiente claro, voluntaria o involuntariamente, como para que los jefes, en su mayoría, lo entiendan como un pilar estratégico.

La experiencia con Laboratorio denota que queda establecida entre los empleados la idea que la calidad y la mejora de la seguridad del paciente no es tarea suya, o por lo menos no es la prioridad, sino de mandos medios, que no coordinan entre sí. El cambio ideológico generó

barreras que afectan negativamente a las implementaciones actuales que el DCMP intenta realizar en el departamento. En los grupos focales llevados a cabo con gente de este departamento se mencionó en repetidas ocasiones la disconformidad con la eliminación de la persona que *“hacía calidad”* y la recarga en sus funciones y la de la jefa de departamento. *“Antes teníamos una persona de calidad y facilitaba la mejora. Con un poco más de apoyo se podría mejorar mucho, ahora recae en la Jefa y ya tiene mucho trabajo para hacer”* (Asistente Laboratorio); *“Estamos trabajando a full y dedicar tiempo a eso cuesta, realmente no hay tiempo. La persona de calidad te dice que lleva quince minutos hacerlo, pero porque lo hace todo el tiempo. Yo necesito que venga, se siente y me lo explique porque no tengo tiempo de aprenderlo por mí misma”* (Bioquímico); *“Vienen, dan una charla de 20 minutos y después arréglate. Pasó con el Sharepoint hace unas semanas, un email laboral con fecha de cambio y listo, estamos trabajando algunos con el formato viejo y otros con el nuevo, para terminar de aprender antes de migrar todo”* (Bioquímico); *“Con respecto a no tener alguien acá, se puede seguir trabajando, pero las cosas llevan más tiempo y el retorno es más lento. Con el Sharepoint nadie nos explicó, en extracción hacemos como que no existe... (risas)”* (Técnico Laboratorio). Al consultarle al respecto a la jefa, mencionó: *“DCMP les dio más libertad y no les gustó, estaban muy cómodos, generó resistencia. Ahora cualquier cosa que venga de ahí tiene que justificarse un montón para que se adopte. Con lo del Sharepoint se armó un revuelo importante”* (Jefa Laboratorio). El caso opuesto es el del otro departamento certificado, UTI, cuya descentralización de la calidad hizo más fácil el cambio al nuevo modelo implementado.

El avance de la dimensión ha sido notable y, con la modificación de ciertos procesos, en especial comunicacionales, se podría alcanzar el nivel de fortaleza en el corto plazo. La inclusión de jefes y médicos debería ser primordial, pero también se debe abordar un mejor protocolo de comunicación de los cambios (teniendo en cuenta las dificultades de hacerlo de la manera tradicional a través de las jefaturas), donde el destinatario final pueda educarse y retroalimentar los procesos. Con la apertura de canales directos se puede dar lugar a soluciones sencillas, inmediatas, que eleven el sentimiento de calidad y seguridad en la atención y el apoyo de la Dirección entre el personal. La mayoría de los entrevistados individualmente o a través de grupos focales mencionaban mejoras posibles en este sentido, se transcriben tres ejemplos: *“La Dirección debería mejorar su actitud con el personal, las mejoras empezaron por nuestra cuenta y de manera informal porque una de nosotras es amiga de personal de Dirección. Cambiaron la marca de las gasas para ahorrar y la mala calidad nos genera muchos problemas”* (Instrumentador); *“Se deberían grabar nuestras consultas, por nuestra seguridad física y legal, poner un cartelito en las Secretarías como el que te dicen cuando llamas por*

teléfono al banco” (Médico clínico). “Estaría bueno que el encargado de compras de quirófano haya trabajado mucho tiempo en el área, tuvimos muchos problemas con los nuevos guantes y nos tuvimos que juntar entre todos los residentes para que nos escuchen” (Residente). Con respecto a este último grupo: no tienen educación en mejora de procesos, no reconocen los formularios implementados por DCMP y no saben cómo asentar quejas. Se está desperdiciando de esa manera una oportunidad única de aprendizaje de aquellos que pasan más horas en la institución y que por su juventud, y falta de familiaridad con la tradición de la organización, están más abiertos a percibir oportunidades de mejora. Los residentes hicieron referencia también a la falta de pertenencia a la Organización, con el claro ejemplo de tener que juntarse para ser oídos, y la frustración de ver que son escuchados pero nada cambia. El carácter temporal de su trabajo hace que no sean parte del departamento de su especialidad, pero tampoco se sienten parte del departamento de Docencia. La falta de planes específicos para ellos, la sobrecarga laboral, y en especial la soledad -manifestación de la falta de pertenencia- llevan a que no se logre un vínculo con la Organización que ayude a mejorar la seguridad del paciente. Al ver como la Dirección y el DCMP ayudan a otros departamentos se genera un descontento que puede apreciarse en la baja generalizada de este grupo en el estudio cuantitativo.

5.2.3.4.1. Tiempo para Calidad. Uno de los factores determinantes de lograr el involucramiento total en la mejora de seguridad del paciente es otorgarles tiempo a los empleados para que reflexionen, descubran y propongan soluciones a oportunidades de mejora en sus funciones. Esto debe ir de la mano de alicientes que estimulen la superación personal y la necesidad de cambio, a través de educación y oportunidades de desarrollo profesional. La ausencia generalizada de ambas se manifestó en las entrevistas y podría ser un fundamento para la escasa cantidad de reportes que recibe la Organización.

La respuesta generalizada ante la pregunta sobre la formalización de un tiempo delimitado para la reflexión y mejora de la calidad (y por consiguiente mejora de la seguridad del paciente) en la descripción del puesto fue negativa en todos los casos salvo en la UTI. *“No tenemos tiempo, viene la nueva auditoría y los nuevos cambios no están escritos” (Asistente Laboratorio); “No está el tiempo expreso, existe un reporte y lo llenás. Eso se revisa y se charla, hace poco vinieron y nos mostraron las estadísticas” (Enfermero); “No hay tiempo, cuando surge la necesidad se va hablando, primero entre nosotros y después con el supervisor” (Instrumentador); “No hay tiempo designado” (Técnico Radiólogo, Farmacia y Residentes); “No hay un tiempo específico para calidad, es una tarea más que deben realizar. Sin embargo, noto que no están estimulados a charlar de calidad, cuando están libres dedican*

el tiempo a otra cosa, DCOMP tiene que interactuar más para sacar la barrera” (Jefa Laboratorio); “No se asigna mucho tiempo a la jefatura y nada para calidad” (Jefe Clínica). La formalización de las descripciones de trabajo, implementación muy fomentada por el DCOMP, debería hacer evidente esta falla, permitiendo su corrección.

El departamento de UTI es un caso especial, modelo, en lo respectivo a la mejora continua. En el grupo focal, con enfermeros del departamento y luego con los supervisores, se pudo describir un nivel de planificación, trabajo en equipo y búsqueda constante de mejoras sensiblemente superior al del resto de la Organización. La evolución de la cultura de calidad y seguridad del paciente en este departamento, pionero del movimiento, es una muestra constante de lo que la Organización puede llegar a ser con el apoyo de los jefes y empleados. Al inquirir sobre el tiempo destinado a calidad mencionan que existe dentro de un *checklist* diario pero que se incentiva que cada uno trabaje con calidad y seguridad en cada actividad que realice. *“Hay mucha resolución por parte del operario con el aval del encargado. Que todos opinen ayudó mucho a ganarle a la resistencia a cambiar”* (Enfermera UTI). La opinión colectiva se fomenta con las reuniones mencionadas y con la posibilidad de opinar sobre cambios que surgen desde la Dirección, a quienes ven muy comprometidos con la mejora de calidad y seguridad. *“Los cambios que vienen de arriba quedan una semana en la vitrina para escuchar modificaciones o sugerencias”* (Enfermera UTI). Existe una encargada interna que se encarga de la coordinación, pero destaca que el trabajo es conjunto. Un día a la semana se lleva a cabo una reunión corta donde se habla de mejoras y se cargan los datos al sistema para la certificación. Uno de los pilares de la mejora es la continua evaluación objetiva de cada integrante del departamento. *“La última visita de certificación se sorprendió y nos felicitó por la cantidad de observación sobre los empleados y la especificidad de las mejoras”* (Supervisora UTI). Finalmente, se destacó el efecto dominó que genera UTI sobre la profesión de Enfermería en la Organización. El interés por trabajar en UTI es muy alto, cuando se abre una vacante rápidamente es cubierta internamente ya que se observa al departamento como ejemplo en cuanto a protocolización, orden y mejora profesional. *“La manera de trabajar de UTI está permeando a Enfermería”* (Enfermera UTI). Este comentario puede ser validado mediante observación de comportamiento en los grupos focales. Al hablar de UTI los enfermeros de los demás departamentos demostraban respeto y anhelo de pertenencia. Los médicos que tenían contacto con ambos grupos mencionaban la diferencia en capacitación, manejo personal y respeto hacia el enfermero de UTI. El hecho de que sus uniformes sean diferentes también añade al prestigio dentro de la Organización de este grupo de personas.

5.2.3.5. Valores. Toda cultura se establece sobre las bases de valores y presunciones básicas que guían la toma de decisiones y, así, el comportamiento. Esta cultura es la que conforma y define a cualquier organización. Al analizar los valores expuestos en cartelera a lo largo de la Organización se encuentran valores generales: Honestidad, Ética, Compromiso y Excelencia, y por otro lado los religiosos: Confianza en Dios, Esperanza y Servicio Abnegado. En la cultura de la Organización se reconoce entre sus empleados una aproximación más humana, cálida y honrada que en sus pares zonales. Esto es asociado al perfil religioso de la Organización y de la mayoría de sus empleados. Sin embargo, al ahondar en las razones de este comportamiento se logra vislumbrar que esta se basa en un deseo subyacente de protección de la imagen, tanto de la Organización como sobre todo de la religión. Esto último fomenta la falta de reporte e impone barreras a la mejora holística y, paradójicamente, la falta de transparencia atenta sobre el valor de honestidad destacado en repetidas ocasiones como pilar de la cultura de la Organización.

La principal respuesta al fundamento del comportamiento del personal se orientó a una atención centrada en el paciente, que viene a la Organización para solucionar un problema. *“La gente siempre viene con dificultades acá, no viene de turismo, y uno tiene que tratar de dar lo mejor posible”* (Asistente Laboratorio). Con este marco instalado se fomentan actitudes de amabilidad y paciencia para los pacientes, llegando al extremo de fallar en la transparencia para no traer más estrés al mismo. *“El estrés que se vive en el quirófano no sale, sabemos que la gente viene con muchas dolencias y tratamos de transmitirle lo mejor. Podemos estar con los pelos de punta, pero con el paciente sentimos compasión, por algo elegimos esta profesión”* (Enfermero Cirugía); *“La gente dice buenos médicos hay en todos lados, pero enfermeros no. Existe buena atención, trato amable, se está con el paciente constantemente”* (Enfermero); *“La prioridad es el paciente y hay que acompañarlo, con contención y alegría”* (Instrumentador); *“Calidez en la atención, velocidad en hacer las cosas”* (Supervisor Enfermería); *“Nos dicen que se sienten personas (pacientes), se siente la calidad humana, el respeto y la amabilidad”* (Enfermero UTI); *“Excelencia y su búsqueda, amor al prójimo, honradez. Al contratar busco a gente que tenga valores cristianos porque encaja más fácil y me mejora el ambiente”* (Jefa Laboratorio); *“Honestidad, amabilidad, empatía, dedicación (en la mayoría)”* (Farmacia); *“Está todo centrado en el paciente. Se trabaja con amabilidad y buen trato, hasta los que limpian o traen la comida”* (Residente). Un Bioquímico utilizó una metáfora muy adecuada a lo que sucede en la Organización: *“Se trabaja para que la gente reciba resultados correctos, seguros, tratados de la mejor manera. Si surgen inconvenientes se arreglan en la cocina del restaurant, el plato llega adornado”*.

El esfuerzo por cumplir estos valores repercute en el ambiente de trabajo y en la forma en que este se realiza. La amabilidad en el trato trasciende las fronteras del paciente hacia los demás empleados resultando en una mejor comunicación (que compensa la falta de estructuras formales). *“Apuntar al beneficio al paciente vuelve a vos”* (Asistente Laboratorio); *“Hay chicos que están rotando en otros hospitales y dicen: “que alivio ver las caras de ustedes”, por como los tratamos”* (Farmacia); *“Antes el proceso era empírico, ahora tenemos los manuales para sacarnos las dudas. Tenemos ganas de solucionar cosas y venir a trabajar”* (Técnico Laboratorio); *“Trabajo con calidad porque primero quiero mi propia seguridad, no quiero reclamos y me quiero ir tranquilo a casa, eso de rebote termina beneficiando al paciente”* (Bioquímico).

Los valores se suman a una estrategia comercial de la Organización impulsada desde 2018 que es la de resultados en el día. El prestigio que la Organización supo conseguir (manifestado en las encuestas de los pacientes que reconocen que la mayoría de ellos viene por recomendación cercana y en el porcentaje de descuento que aceptan los médicos por los procedimientos realizados -alquiler de consultorio, en la jerga médica-) hizo necesario mejorar el flujo de pacientes para lograr reducir el tiempo de espera entre primera consulta y diagnóstico final. El 85% de los pacientes no son locales (delimitando locales como las tres localidades enmarcadas en un radio de 30 kilómetros de la Organización) por lo que se apuntó a mejorar los procesos de diagnóstico para evitar el pernocte. Bajo ese estandarte, se mejoraron procesos (a nivel Dirección, no desde DCMP) que impactan directamente en los tiempos de espera de los pacientes. Es así como algunos departamentos, especialmente donde abundan los médicos, reconocieron en este prestigio y velocidad de procesos de diagnóstico que se suman a los valores mencionados para lograr una mayor satisfacción del paciente. *“Valores: amabilidad y respeto, resultados en el día”* (Asistente Laboratorio); *“La gente viene porque se puede hacer todo en el día, y se le dedica el tiempo necesario manteniéndolo como central (al paciente), dentro de lo que se puede”* (Técnico Radiología); *“La Organización ya tiene un prestigio profesional y de honestidad. Encima ahora hemos logrado velocidad para que puedan venir temprano, hacerse los exámenes y para después del almuerzo ya tenemos los resultados, me ven y están en la ruta volviendo al comienzo de la tarde”* (Médico clínico); *“El valor más importante es la honestidad y ética, no se hace algo por cobrar más. Además, el áurea de la Organización magnifica el trabajo hecho”* (Médico cirujano).

Avanzando sobre los valores menos expuestos de la cultura, se descubre que lo presentado a los pacientes es un comportamiento sincero, pero que existen otros motivos que subyacen a lo que se ha expuesto y que se relacionan con la imagen de la Organización y sobre

todo de la religión. Son los residentes los que exponen este fenómeno. Afectados por su novedad en la Organización, la falta de adopción de los rituales de la Organización (como el no hablar de los problemas a externos), una constante interacción con la mayoría de los departamentos en una base diaria, la incapacidad de comunicar sus críticas y un bajo sentimiento de pertenencia basado en la naturaleza de su paso corto por la Organización, mencionan que la cultura de la Organización lleva a que los empleados solucionen sus problemas dentro del departamento, o mejor aún dentro de la unidad de trabajo. Se transcribe un testimonio a modo de ejemplo: *“Esto es como una familia, se ve lindo afuera pero adentro hay mucha disconformidad, falta de valoración, uno trabaja más por vocación y convicción que por sentirse bien”* (Residente). Con esta nueva perspectiva se rescataron testimonios de otros departamentos que no sobresalían en los parámetros anteriores. *“Los valores cristianos no priman tanto como antes, primero está el sentimiento de conservar el trabajo, pero si uno hace las cosas mal sobresale”* (Jefa Farmacia); *“Antes la gente estaba más tiempo, formabas un vínculo, ahora es más cama caliente y tenemos que trabajar con los chicos nuevos para que no los vean como un número (a los pacientes)”* (Enfermero Cirugía). Quizás el testimonio que mejor resume el encuentro entre la cultura organizacional religiosa y el error, desde una perspectiva grave, autoculpabilizante, es el de siguiente Residente: *“Dejo pasar las cosas malas porque soy de la Religión y quiero que el nombre de ella y de Dios no se manchen, creo que la mayoría hace eso. Quién sabe si por mi ejemplo otra persona puede llegar a Dios”*.

Finalmente, se analizó lo que sucede con alguien que no asimila los valores y costumbres de la Organización. Las respuestas se orientaron a la imposibilidad de desempeñarse profesionalmente como se lo haría en otras instituciones médicas, ya que la actitud quedaría manifestada por oposición a la de la mayoría. *“Aunque no sean de la Religión adoptan los valores éticos y morales que promueve la Organización y la Religión. El que está con cara larga y no quiere trabajar desenchaja, no como en el hospital”* (Enfermero); *“Si alguien no tiene esas cualidades queda expuesto, casos que no encajaron se tuvieron que ir”* (Enfermero UTI); *“Yo empecé a trabajar acá hace pocos años, se contagia la forma de trabajar amable con el paciente, el personal lo fomenta”* (Bioquímico); *“Se contagia la forma de trabajar que ya tiene la Organización, las personas nuevas se adaptan a ser amables”* (Farmacia); *“La misión y visión de la Organización se te van impregnando, la religión es una base importante porque le da otra impronta al entorno, se le dan muchas oportunidades a los empleados”* (Supervisor Enfermería). Es tan importante el perfil, que tres jefes mencionaron que rechazan inmediatamente a candidatos que comienzan preguntando por el salario o las condiciones laborales en lugar de manifestar voluntad de servicio.

5.2.3.6. Reflexión final y mejora en el corto plazo. El cierre de todos los grupos focales y entrevistas permitió un espacio de reflexión sobre cambios en el corto plazo en su trabajo que mejoraron la seguridad de paciente y la percepción de mejora de ésta en la Organización en el período abarcado por el Estudio. Las respuestas fueron positivas, en su mayoría, con puntos de vista opuestos en los departamentos de Cirugía y Radiología. Los departamentos que tuvieron participación activa del DCMP identificaban cambios en el corto plazo y percibían una mayor seguridad del paciente en la Organización.

La reflexión sobre mejoras acaecidas en el corto plazo demostró una clara diferencia entre los departamentos certificados y los que no lo estaban. En los primeros, rápidamente surgieron comentarios sobre pequeños cambios que eficientizaron la labor de los empleados. *“Constantemente estamos cambiando”* (Supervisor UTI); *“Ha habido cambios en el último año, por ejemplo, el uso del Sharepoint”* (Jefa Laboratorio); *“De las encuestas que hacemos a pacientes salió que podíamos poner una tele y generar contenido para concientizar a la gente sobre donar sangre”* (Técnico Laboratorio); *“Hice un estudio sobre el cambio de agua ablandada a destilada y su impacto económico. Se cambió gracias a eso, cuando uno tiene las cosas fundamentadas, la administración escucha”* (Bioquímico). Los entrevistados de departamentos que no tienen la certificación de calidad orientaron sus cambios a la incorporación del nuevo sistema de medicación, o de presentación de resultados (en el caso de Radiología), pero no dudaban en afirmar que estos cambios producían un beneficio en la seguridad del paciente, o en la permanencia en el tiempo de estos cambios: *“Sugerimos crear paquetes para hacer el trabajo más fácil en el HMS y desde Sistemas lo arreglaron”* (Enfermero); *“Se comenzó a dar los resultados por la web. También sin preguntarnos nos sectorizaron. Eso complica mucho las vacaciones. Por nuestro trabajo peligroso siempre hay un técnico de vacaciones, si en el sector que crearon hay tres técnicos se complica mucho”* (Técnico Radiología); *“Hay un nuevo protocolo de temperatura que los anestesistas entendieron muy bien, hay que ver cuánto dura”* (Instrumentador). Es un residente quien, con su punto de vista holístico, resume los avances mencionados: *“Hubo muchos cambios en UTI, un poquito en Enfermería, nada en Consultorios y Cirugía”*.

La reflexión sobre la percepción de la mejora de la seguridad del paciente en los últimos años fue positiva en la mayoría de los departamentos entrevistados y negativa en Cirugía. Todos los positivos enfatizaron que es un comienzo, un avance que se podría perfeccionar en varios aspectos. *“En líneas generales se ha mejorado mucho la seguridad del paciente”* (Supervisor UTI); *“Se mejoró la seguridad. No es algo terminado, pero por lo menos se arrancó”* (Jefa Farmacia); *“Falta pulir los sistemas, pero se va en la dirección correcta”*

(Enfermero). Se volvieron a mencionar problemas en la comunicación y enseñanza de las mejoras introducidas, el intercambio de información entre departamentos, la ausencia de mediciones anteriores para respaldar el avance, y la necesidad de un plan de mejora organizacional, abarcante, que integre a los departamentos de apoyo. *“Es difícil ver si ha mejorado la seguridad porque no hay nada contra que medir”* (Supervisor Enfermería); *“Se mejoró la seguridad, pero es una percepción, no te puedo decir cuánto. No hay medición exacta”* (Jefe Clínica); *“Se impusieron muchos protocolos, que sacan tiempo de la atención al paciente”* (Enfermero); *“Para mí, los nuevos sistemas no funcionan si no nos enseñan a usarlos”* (Enfermero); *“Hay muchas cosas para mejorar en la parte administrativa”* (Supervisor Cirugía). Es destacable que a todos los residentes entrevistados se les ocurren mejoras en distintos departamentos, pero no saben cómo comunicarlas o impulsarlas y no se les ha informado formalmente de ninguna mejora en algún departamento.

Cirugía fue el único departamento que opinó que la seguridad del paciente no había mejorado durante el Estudio. Este grupo tiene una antigüedad mayor al promedio de la Organización y fue muy difícil entrevistar al plantel médico. No identifican a su departamento como la razón de esta falta de mejora sino al proceso administrativo previo y al departamento de Enfermería. Las mejoras implementadas traen a la luz problemas en otras unidades, identificándose un problema sistémico de falta de integridad de la información. Ejemplificando esto, se mencionaron experiencias donde varios sistemas mencionaban que se debía operar cierto miembro y era el paciente el que al hacer el *checklist* decía que era el otro. *“En Quirófano la seguridad no mejoró, porque ya viene sesgado desde afuera. El HMS y los checklists nos dieron cuenta de que dependemos mucho de lo que nos dice el paciente, los sistemas muchas veces están mal cargados”* (Supervisor Cirugía); *“No ha mejorado la seguridad del paciente, al contrario, se lo considera un número (refiriéndose a Enfermería)”* (Instrumentador). Por lo tanto, a pesar de la opinión negativa las implementaciones ayudaron a identificar oportunidades de mejoras sistémicas que de ser resueltas aumentarían la seguridad del paciente.

Capítulo 6

Discusión

En este capítulo, los resultados encontrados son discutidos en el contexto de las explicaciones teóricas, con el fin de extraer implicaciones sobre las similitudes y diferencias entre los factores identificados en la revisión de la literatura y los resultados del Estudio. Esto también proveerá de oportunidades para discutir nuevos asuntos que emerjan de los mismos, que no hayan sido predichos en la revisión.

6.1 Discusión (resultados cuantitativos)

Como se ha visto, los resultados cuantitativos encontrados demuestran un gran avance en la sección de Organización, especialmente en dimensiones que contienen ítems relacionados al apoyo de superiores y directores, notándose una mayor apertura en la comunicación con la creación del DCMP, cuya principal función es ser nexo entre partes. El avance sobre procesos de transición interna, basados en la creación de descripciones de puesto, procedimientos específicos de medicación y prótesis, y la protocolización traída por las certificaciones, tiene su mayor aumento en los departamentos destinatarios de estos programas.

Estos resultados concuerdan con la literatura encontrada. Se aceptó aquí el principio de que no se puede mejorar lo que no es medido y que es conveniente comenzar por descubrir la situación mediante encuestas para medir bases, avances, áreas más vulnerables y ver el tiempo que llevará institucionalizar esfuerzos, como señalan Curran y Totten, 2011, Haughon, 2017 y Hernández-Montes et al., 2013. La búsqueda de referencias de resultados de la utilización de herramientas para medir la seguridad del paciente entregó una decena de artículos sudamericanos, la mayoría de ellos colombianos, con resultados similares a los argentinos expuestos a continuación.

En la Argentina, son pocos los artículos académicos publicados que atienden a la cultura de seguridad del paciente. El trabajo pionero de Ortiz et al. (2007) en Bahía Blanca, basado en el cuestionario SAQ, y el de Arpí et al. (2017) utilizando una herramienta propia entre pediatras a nivel nacional, arrojan resultados que destacan áreas de mejora similares a las de esta investigación. Según lo visto, las herramientas –SAQ y HSOPS- dan certeza sobre el estado de la cultura de seguridad del paciente, pero sus dimensiones no pueden ser comparadas estadísticamente (Etchegaray y Thomas, 2012). Lo que permiten, es destacar las áreas donde se necesita un mayor énfasis y aquellas que sobresalen como puntos favorables.

Precisamente, el área de la comunicación formal es el gran eje por el que transcurren las principales falencias encontradas. Los técnicos son los que más sufren los problemas de comunicación, al tener una relación más distante y escasa con superiores y directivos. Otras áreas que se repiten en los artículos y corresponden a las encontradas en este Estudio son: la carencia de personal, el no ser escuchados o tenidos en cuenta en las decisiones tomadas por la Dirección, carecer de un mecanismo de reporte, de un comité estable dedicado a estos temas y la alta punitividad. La falta de entrenamiento formal en seguridad del paciente también es mencionada juntamente con una ausencia total de investigación y estadística en el tema que dimensionen la severidad del problema (Codermatz et al., 2006). De manera opuesta, en el presente Estudio se destacan la responsabilidad y compromiso por parte del personal, que se asimilan a los buenos resultados en la dimensión Trabajo en Equipo en la Unidad encontrados en Ramos et al. (2017).

Si bien se conoce que hay acreditados otros hospitales nacionales de primer nivel, que utilizan la encuesta HSOPS, sus resultados no han sido divulgados, con una excepción. El trabajo de Ramos et al. (2017) fue la única publicación académica encontrada que refleja los resultados de la utilización del HSOPS en un hospital en la Argentina. Se destacan similitudes como el tamaño de la Organización y de la aplicación del instrumento, el no estar radicado en la capital de la nación y el ser un ente privado. Como principal diferencia, la mayoría de las respuestas provinieron de enfermeros (70%), siendo los grupos de técnicos y médicos sensiblemente inferiores. Sin embargo, los datos presentados indican que, en las dimensiones dedicadas a la Unidad, los resultados son idénticos (± 2) con excepción de la dimensión Comunicación e Información sobre Errores donde la diferencia en la positividad es del 16%. Aquí el estudio de Ramos et al. (2017) se diferencia de los tres estudios argentinos restantes y se asemeja al promedio mundial de AHRQ, con lo que cabe preguntarse si el hecho de tener tantas respuestas de una misma profesión (generalmente distribuida en pocos departamentos), eleva el porcentaje de respuestas positivas sobre la comunicación. Las diferencias más significativas a favor de la Organización estudiada se encuentran en las tres dimensiones organizacionales –con diferencias positivas de 15%, 17% y 8%- y en la dimensión relativa a la percepción de seguridad del paciente (+19%, por sobre el promedio de AHRQ y acercándose a lo recabado por Ortiz et al., 2007), siendo esta última dimensión y Trabajo en Equipo superiores a Ramos et al. (2017) desde la primera aplicación del instrumento.

El camino por seguir está marcado en el promedio de AHRQ. Ambos estudios se ubican más de un 10% por debajo del promedio mundial en las dimensiones de Personal, Error no Punitivo, Apertura de la Comunicación y Expectativas y Acciones del Supervisor (aunque la

positividad de esta es muy alta), y son todas dimensiones de Unidad. Las primeras dos dimensiones se destacan en ambos estudios y en el promedio de AHRQ –sumadas a las transferencias y traspasos–, como las peores puntuadas destacando el trabajo en modo crisis y la visión tradicional culpabilizante del error. Los dos estudios reportaron buenos resultados en el Trabajo en Equipo en la Unidad y en el Aprendizaje y la mejora continua, a la par o sobre los promedios mundiales, subrayando una fortaleza de la cultura nacional de apoyo mutuo entre compañeros y un deseo de superación profesional.

En cuanto a la magnitud del cambio observado, la presente investigación está haciendo un primer aporte. No se encontró ninguna publicación que haga referencia a un estudio longitudinal con dos o más aplicaciones del instrumento. De modo que, de ahora en adelante, cuando se sumen nuevos trabajos se podrá recién tener una guía comparativa para contrastar su magnitud.

6.2 Discusión (resultados cualitativos)

El estudio cuantitativo evidencia un avance en la cultura de seguridad del paciente. Sin embargo, las razones subyacentes a este cambio no son develadas por el mero dato sin referencia al contexto que permite interpretarlo. Por lo tanto, para una correcta comprensión del fenómeno, el análisis debe ser cualitativo, realizado de manera multifacética y longitudinal, entendiendo a la organización de salud como un sistema complejo (Charan, 2006) y al cambio cultural como un proceso de largo plazo, en el que cambian presunciones básicas subyacentes de los participantes (Katzenbach, 2013; Schein, 2010). Esto concuerda con lo encontrado en el Estudio, donde existen subgrupos en diferentes etapas del cambio, organizados principalmente por departamento, apreciándose los mayores cambios culturales en aquellos que comenzaron hace una década.

Esta diferenciación y sectorización es propia de instituciones de salud, donde el grado de profesionalización está muy internalizado, y las fronteras claramente establecidas, levantándose como barreras infranqueables a la comunicación y al cambio. Esto se profundiza en la profesión médica, con décadas de adhesión a un concepto de error punitivo y estilos de liderazgo autoritarios y jerárquicos. En las secciones siguientes se apreciará cómo estos conceptos están presentes en la Organización (Amalberti et al., 2005; Ginsburg et al., 2010; Kaufman y McCaughan, 2013; Montgomery et al., 2013).

El nuevo enfoque que entiende a la calidad y la seguridad del paciente como un proceso y diseño que debe generar operarios seguros, en lugar de intentar exponer y eliminar errores (Hignett et al., 2013; Hollnagel, 2015; Woodward, 2017), se comienza a distinguir levemente

en los departamentos más avanzados, sin ser una estrategia organizacional. El objetivo principal de reducir el daño está presente, desde una perspectiva centrada en el consultorio, de corto plazo, intentando solucionar eventos específicos. Esto sustenta la idea de que no está presente el abordaje a la gestión de riesgo a largo plazo propuesta por Schein (2010), necesario para una HRO, donde se ataca el problema sistémico con modificaciones amplias y prolongadas. Parafraseando a Mintzberg (2018), están buscando “curar” el problema en lugar de “cuidar” a la organización y sus empleados. Sin cambiar la cultura, no se podrá aumentar la seguridad del paciente de manera sostenida en el tiempo.

6.2.1. Estructura Organizacional

La estructura jerárquica de la Organización presenta una clara división entre funciones de atención (consultorio) y de administración, siendo las primeras históricamente prioritarias. Como señala Mintzberg (2012), se sigue el estilo clásico de institución de salud de burocracia profesional, especialmente en los niveles medios y bajos de la pirámide. En similitud con diversos autores (Cooke, 2009; Eidesen et al., 2009; Giraldo-Arango y Montoya-Romero, 2013; Khatri et al., 2006; Vogus et al., 2010), las jerarquías propias de un modelo centrado en el consultorio y el volumen de atención, del nivel medio hacia abajo, ponen al médico como cabeza pensante y dominante de una estructura vertical claramente establecida, donde los demás profesionales no deben salir de su protocolo y cualquier intento de delimitar esa independencia generará una barrera automática ya que no fue su idea, no conoce el resultado posible y será culpado por el mismo. Un claro ejemplo es el de la dificultad para lograr que completen la encuesta, similar a lo sucedido con Ramos et al. (2017).

Los niveles superiores marcan un estilo *ad hoc* donde se trabaja, de acuerdo con las palabras del Director, “para solucionar los problemas que van surgiendo”. Prueba de esto es la ausencia de un plan estratégico que respalde la misión, visión y políticas de calidad, haciendo que estas sean inefectivas y que el cambio promovido no sea conocido por los empleados. Este estilo de trabajo escasamente multidisciplinario y mucho menos interdisciplinario, no está de acuerdo con lo que debería ser una cultura de seguridad (Manser, 2009). El alto nivel de independencia de los profesionales médicos y de informalidad en la comunicación resulta en vulnerabilidades a la estructura vertical creada, que dificultan la aplicación de políticas a nivel general y la retroalimentación.

La ausencia del plan estratégico causa que no haya una implementación ordenada y razonada de los procesos de cambio (se amplía más adelante), introduciendo cambios sin brindar las herramientas necesarias a los destinatarios. Menos analizadas han sido las diferentes

subculturas y microculturas presentes. Schein (2010) llama a analizarlas para poder tener una perspectiva holística del cambio que provocarán sobre producciones, valores y presunciones. La Directora del DCMP clarificó que su función principal fue servir de nexo entre departamentos, sirviendo de parche ante la ausencia de canales formales para este fin. De estas reuniones, con conversaciones netamente técnicas, surgieron las principales implementaciones de la Organización, generando graves barreras al no haber tenido en cuenta los componentes blandos de éstas. La situación concuerda con el enfoque teórico de Ulrich y Kear (2014), quienes afirman que los resultados de las implementaciones en las últimas dos décadas no fueron satisfactorios por barreras generadas al no tener en cuenta, de ninguna manera, las subculturas involucradas.

Entendiendo al clima –las producciones- como el texto y a la cultura como lo que la sustenta (Avramchuk y McGuire, 2018; Schein, 2010), se percibe un buen clima laboral, con personal mayoritariamente favorable a aceptar las nuevas implementaciones –con amplias posibilidades de mejora si se formalizan canales de retroalimentación-, que concuerdan con los valores tradicionales de las profesiones de la salud y la ética cristiana, como el trabajo y empatía por el paciente. También motiva este accionar el desempeñarse en una Organización perteneciente a la religión que la mayoría de los empleados profesan, con un prestigio alto que mantener y que actúa como arma de doble filo: motiva a la mejora y silencia errores. El silencio organizacional promovido se duplica al tener dos influencias muy verticales y tradicionalmente ligadas al control, la organización de salud y la religión.

Las entrevistas también apoyan lo expuesto en la sección cuantitativa con respecto al personal. Ante la ausencia de descripciones de los puestos de trabajo, se duplican tareas y se pierde eficiencia al carecer de automatización de procedimientos a través de protocolos. Es por esto que los puntajes más bajos se dan en la sección de trabajar más horas de lo requerido y no en la de no tener personal suficiente para realizar la tarea. La falta de protocolo finaliza en accionares diferentes ante situaciones semejantes, donde las heurísticas que permiten priorizar la asistencia tienen como contracara aquello que se dejó de hacer que objetivamente era más beneficioso (Armitage, 2009; Fryer, 2012; Kahneman y Tversky, 1979).

6.2.1.1. Valores y huella de la religión. Es Schein (2010) quien menciona que las creencias religiosas muchas veces pueden proveer de un contexto y justificación a eventos que parezcan carecer de sentido o ser injustos. En secciones anteriores se mencionó también que la comprobación empírica no es factible, pero que deben ser tenidas en cuenta como impulsores naturales del comportamiento. La Organización tiene una imagen muy positiva entre los pacientes y en la zona, lo que distingue al personal que trabaja en ella. Valores tradicionales

profesados por el cristianismo, como la ética moral, la empatía, el deseo de ayudar al enfermo y el trabajo, fueron nombrados en sus distintas versiones por todos los entrevistados, siendo éstos vinculados a la creación de esta reputación. En los directivos intermedios, estos valores están claramente presentes en la selección del personal y tres jefes de departamento manifestaron comenzar cada día con una reunión espiritual, voluntaria, en su departamento; los tres no tenían médicos de tiempo completo dentro de su plantel. Los supervisores también consideran que se les da más oportunidades a los empleados que en otras organizaciones.

Una cultura tan ligada a una religión también puede ser una barrera a la seguridad del paciente. Esto se puede apreciar en comentarios de los entrevistados que mencionan realizar más o tolerar determinadas situaciones por ayudar o pertenecer a la religión. Se trata de una cultura de silencio organizacional que fomenta la solución interna, sin reporte de los errores, cuidando así la imagen institucional de la Organización y de la Religión. Esto está fundado en una estructura jerárquica vertical, de administración clásica, centrada en el control, donde la confianza que produce transparencia no está establecida. La estructura organizacional de la Religión fue diagramada en 1910 y, a pesar de intentos aislados, no ha recibido grandes modificaciones desde entonces, a pesar de haber multiplicado el número de personas involucradas en la misma y de unos pocos cientos de miles a más de 60 millones de miembros a los que se aboca (Knight, 2007). El silencio organizacional es necesario para lograr mantener activa esta estructura añeja y desactualizada con respecto a los problemas que enfrentan las organizaciones en la actualidad. También impulsa una política estricta de recompensa que limita la motivación al cambio y una estructura administrativa de mandos altos y juntas directivas que deben servir, sin modificaciones considerables, a todas las organizaciones de la Religión, en diferentes rubros, sin capacitación específica. Este peso de la religión se suma a la inclinación histórica de las organizaciones de salud a este tipo de conductas punitivas, generando una convergencia que aumenta la fuerza de esta barrera, clave para la mejora de la seguridad del paciente.

6.2.1.2. Diseño actual de los sistemas en la Organización. El estado actual del diseño de los sistemas que la Organización tiene ha comenzado a evolucionar luego de décadas de mantener la misma estructura. Generalmente, estos cambios son impulsados por situaciones críticas que desafían la rutina impuesta (Schein, 2010). En este caso, el cambio tecnológico hizo necesaria la creación de estructuras de manejo de la implementación de los nuevos procesos, que impulsa el debilitamiento de las barreras al cambio cultural hacia la seguridad del paciente. Muchas de las implementaciones traen como efecto secundario un aumento

temporal de la percepción de esta, que debe ser institucionalizada mediante políticas verticales, algo que la Organización todavía no ha realizado.

Tres de los cinco desafíos a la salud en países en desarrollo presentados por Massoud et al. (2012), se encuentran claramente presentes en la Organización: profesionales incompetentes en factores humanos, con sistemas inadecuados y sin políticas públicas de salud. En el grupo de profesionales médicos se observa una falta de reconocimiento de la inseguridad que decrece a medida que más empleados aprueban las implementaciones realizadas. Finalmente, las características de la Organización y el lugar donde se encuentra hacen que la conciencia social esté presente en la mayoría de los empleados.

Los diseñadores del sistema actual, administradores del pasado y presente, no tuvieron en cuenta los factores humanos o la complejidad del sistema. Se cumple lo dicho por Henriksen y Dayton (2006): no se reconoce que el amplio conocimiento técnico de los empleados debe convivir y solucionar problemas de un sistema interdependiente, con flaquezas en la comunicación y pobre eficiencia, colmado de elementos patógenos inertes por décadas, hasta que los activa un cambio, en este caso tecnológico (Reason, 2016). Estos incidentes del diseño, representados en el modelo del queso caliente de Li y Thimbleby (2014) y de circularidad compleja de Rich (2008), fueron mencionados en los grupos focales. Como ejemplo, dos veces la Organización fue víctima de ataques cibernéticos que inhabilitaron el sistema informático por medio día; el tiempo necesario para resetear el sistema y cargar la información respaldada. La ausencia de protocolos ante estos casos, impensados antes de la adopción tecnológica, causó caos en las listas de cirugía, en Farmacia y Enfermería. La inexistencia de canales formales de comunicación hizo que varios departamentos se enteraran de la situación cuando el sistema fue dado de baja. Los cambios técnicos necesarios en el departamento de Radiología, fueron implementados de una manera tempestiva, lo que demostró falta de estrategia y diseño (“asincronías negativas”, Walter y Pucci, 2007).

Un sistema complejo y entrelazado necesita de un diseño de igual envergadura, cambiando pilares tradicionales de las organizaciones de la salud. En la Organización, se detectan indicadores que demuestran que esto no ocurre. Nombrados por Khatri et al. (2006) y Looseley et al. (2009), el ambiente dinámico, la autonomía médica persistente, el compromiso y hermetismo del departamento y la visión punitiva, llevan al empleado a tener que compensar las fallas operacionales mediante habilidades técnicas, con gran responsabilidad en caso de fallar. Sin embargo, en la mayoría de los casos se requieren de esfuerzos interdepartamentales para solucionar el defecto del sistema, algo que no puede ser logrado sin nexos de comunicación predefinidos. Hasta el momento, la Organización se ha inclinado por

implementaciones que protocolicen y automaticen los procedimientos internos de los departamentos, y la mayoría de estos son realizados por personal no médico. A diferencia de estudios que mencionan una barrera de percepción de rigidez por el protocolo (Cooke, 2009), en la Organización estas medidas han tenido buena recepción, inclusive cuando el trabajo se recarga debido a ellas.

Esa estrategia es necesaria para la seguridad del paciente, pero no suficiente (Armitage, 2009; Carayon y Wood, 2009; Sutcliffe, 2011). No se percibe que los empleados conozcan la razón de la implementación, obtengan retroalimentación de esta y logren una cultura positiva, generando aprendizaje continuo al sistema. La ausencia de un plan general estratégico de calidad e implementación de mejora de procesos acentúa el problema. Se recabaron muchos comentarios de mejora en el propio puesto de trabajo que no pueden ser canalizados, compra de materiales y equipamiento e implementación de protocolos sin consulta, educación u oportunidad de retroalimentación a los usuarios finales, generando un desgaste cognitivo que lleva a una percepción selectiva que anula la mejora (Chassin y Loeb, 2013; Clarkson et al., 2004). “Hago como que el *Sharepoint* no existe”, comentaba un técnico de Laboratorio ante la implementación de esta tecnología. La verdadera confiabilidad de un sistema complejo está dada por su flexibilidad para aceptar desvíos ante situaciones no previstas por parte de un operador educado que sepa las implicancias del cambio. Esta idea de superhombre (Reason, 2016; Walter y Pucci, 2007; Woodward, 2017) se impone como única herramienta ante los múltiples problemas sistémicos. La Organización todavía no se encuentra en ese estadio.

Finalmente, en lo referido al modelo de atención centrada en el paciente, durante los años inmediatamente anteriores al Estudio se intentó reconfigurar el flujo de pacientes, simplificando pasos administrativos similares y llevando a cabo un número menor de reformas edilicias. Esto fue realizado desde la alta dirección sin participación de aquellos que iban a ser afectados. Los planes no perduraron en el tiempo dado que en muchos casos era necesario trabajar en conjunto y modificar sistemas de entidades públicas externas. Al día de hoy, los pacientes todavía son los encargados de coordinar su atención, careciendo de conocimientos o herramientas para hacerlo (Weinberg, 2002). Esta situación se maximiza con la implementación de nuevos sistemas digitales donde es el paciente el encargado del proceso de turnera y el acceso a resultados. Siendo una fuente invaluable de datos, el único aporte de los pacientes para mejorar el sistema son las encuestas de satisfacción en papel, careciendo de un protocolo de retroalimentación formal a los sectores informados, sin que esto quite mérito al hecho de haber comenzado a tenerlos en cuenta.

6.2.2. Comunicación

La comunicación es un pilar fundamental de una cultura positiva de seguridad del paciente y es causa de la mayoría de los eventos adversos en las organizaciones (Arslan et al., 2015; Fenningkoh, 2005; Flin et al., 2009; Garon, 2012; Morag et al., 2012; Severinsson, 2013; Slawomirski et al., 2017; White, 2012; Zabalúa, 2010). Éstos y otros estudios identifican barreras a la misma, que se repiten en la Organización: intentar por todos los medios evitar el conflicto, conformidad al sistema actual, difusión de la responsabilidad, falta de confianza, estereotipos profesionales, falta de educación en habilidades blandas, distancia de poder y censuras culturales. La Organización suma además la falta de canales de comunicación formal desde los niveles medios a los empleados de primera línea y de retroalimentación en general, acentuándose entre mandos medios y desde éstos a la alta dirección. En la fortaleza de los canales informales descansa la responsabilidad de transmitir toda la información, ya que siempre se ha trabajado de esa manera.

Diversos autores mencionan la prevalencia de una censura cultural en el ambiente de la salud (Dixon-Woods, 2010; Okuyama et al., 2014; Tamuz y Thomas, 2006; Woodward, 2017). La distancia clásica entre el médico y el resto del personal basada en una jerarquía estricta, donde la posición dominante es ejercida por médicos en función de su posición institucional y experiencia, sumada al modelo industrial adoptado, de departamentos independientes, llevan a que levantar la voz sea una acción de gran riesgo y poco beneficio para el personal no médico. Si bien la distancia entre médicos y demás empleados es evidente en la Organización, los entrevistados manifestaron en repetidas ocasiones su buena relación. Existe mucho respeto y aprecio entre todos los empleados, y hay apertura al diálogo siempre que no desafíen la autoridad del líder y sus decisiones en el aspecto técnico. Se percibe que los valores que componen la cultura organizacional realzan la igualdad –basado en la presuposición bíblica homónima–, y permitirían una mayor apertura y diálogo en la toma de decisiones, facilitando el trabajo en equipo. La falta de educación en el tema se destaca como la principal barrera a este progreso.

En la Organización persisten conductas nocivas a la comunicación como las interferencias o “fugas” y la falta de priorización de protocolos de seguridad. La Organización no ha trabajado en el diseño de herramientas que permitan disminuir los errores de atención y memoria como, por ejemplo, las cabinas estériles. Otra evidencia ocurre en el departamento de Cirugía con las *checklists*, donde a través de los grupos focales se pudieron extraer varios problemas con su implementación. Con probada eficacia (Curran y Totten, 2011; Thomassen et al., 2014), se intentó implementarlos sin comprender el aspecto sistémico interdepartamental

del mismo. No se le asignó un espacio en la guía de procedimientos de cirugía de los médicos –que en su mayoría no conocían en profundidad lo que era y se asumió como un paso más de Enfermería-, presentaba problemas con la información previa obtenida de otros departamentos, su formato digital también presentó problemas –era online y no había acceso en algunas salas, la información no podía ser guardada entre procesos-, y finalmente no estaban asignadas a una persona que los controlara y generara retroalimentación. La función principal, de disparador de la comunicación, distó de ser lograda. El estereotipo de Enfermero/Técnico tradicional, que evita el conflicto y arregla rápidamente los errores del sistema sin reportar luego (Falco, 2020; Garon, 2012; Reid y Bromiley, 2012), todavía no ha sido totalmente erradicado, complicando aún más la correcta implementación de las *checklists*. La experiencia de UTI resalta que es posible en el largo plazo y los resultados en Enfermería General muestran un avance en el área.

La inclusión en la toma de decisiones del personal no médico no pudo ser observada en la Organización. Sin embargo, el DCMP ha servido de nexo en reuniones donde se comenzó a incluir a jefes de departamento y supervisores que antes no eran tenidos en cuenta. La distancia de poder todavía es amplia y fácilmente detectable, pero la creación de canales formales de comunicación (aunque todavía pendientes) y departamentos que trabajen para coordinar nuevos nexos y procesos conjuntos, comienzan a revertir la situación. Opuesto a esto, los residentes son ampliamente incluidos en el proceso de toma de decisión, siguiendo la línea tradicional de educación por experiencia. Las fallas destacadas por Farnan et al. (2008) en el proceso de toma de decisión de residentes se repiten en la Organización. Se recabaron opiniones acerca de la falta de seguridad que esto suele representar, el exceso de trabajo que trae en otros departamentos y en los mismos residentes, quienes mencionaron que existe falta de un guía al momento de decidir, su inexperiencia y la cantidad de horas que deben trabajar. No existen esfuerzos para incluir al paciente en la toma de decisión sobre su tratamiento, a pesar de haberse encontrado que reduce el conflicto interno, aumenta la comprensión del riesgo y disminuye la posterior culpabilidad (Christensen y Edwards, 2018).

Finalmente, para que la comunicación sea efectiva debe estar protocolizada para afrontar situaciones de emergencia, y estos protocolos deben ser conocidos por todos (O'Daniel y Rosenstein, 2008), sin embargo la Organización no los ha desarrollado. También necesita de canales formales de retroalimentación que generen un aprendizaje constante y un cambio oportuno en el proceso para prevenir la recurrencia de errores (Campione y Famolaro, 2018). El DCMP es consciente de esto y ha generado herramientas y estadísticas, con el objeto de que los jefes de departamento comiencen a generar espacios de comunicación internos, mediante la retroalimentación de estos datos. La literatura del área explicita la importancia del apoyo de

la alta dirección mediante la creación de mecanismos que protejan una comunicación transparente y abierta, dándole suma importancia a los líderes formales e informales de primera línea (Edmondson et al., 2001; Ginsburg et al., 2010; Okuyama et al., 2014; Paccioni et al., 2008; Severinsson, 2013). La alta dirección lo comprende y sabe que es un gran desafío para la Organización. Sin embargo, la ausencia de planes estratégicos generales y la imposibilidad a recompensar monetariamente las actitudes positivas, se presentan como barreras infranqueables que detienen el flujo de información en los mandos medios y que todavía no han podido ser resueltas.

6.2.2.1 Otros factores humanos. La comunicación forma parte de un conjunto de habilidades blandas, “humanas”, principal causa de eventos adversos y grandemente descuidados en las organizaciones de salud, a pesar de ser centrales en el reporte que comenzó con el movimiento de la seguridad (O’Daniel y Rosenstein, 2008). Longo y Hain (2014) sostienen que en un profesional son tan importantes como las técnicas. Su incompetencia en el área fue resaltada en el estudio de Massoud et al. (2012) y destacada en los resultados obtenidos. A las ya mencionadas trabajo en equipo y toma de decisión en conjunto, en la Organización se le suman el agotamiento (la peor dimensión cuantitativa), la falta de control sobre las condiciones ergonómicas, y la carga cognitiva de la punitividad del error y la falta de procedimientos claros para solucionar problemas sistémicos. No se recolectan o analizan datos en ninguna de estas áreas.

6.2.3. El Error

Una de las dimensiones cuantitativas más bajas en la Organización fue la del concepto de error sistémico. Sin los canales necesarios, no se ha logrado educar a todos los empleados sobre la importancia de reportar situaciones como herramienta de aprendizaje sistémico. No ha sido prioridad de la alta dirección el impulsar una cultura justa, abierta y fomentadora de la transparencia en la comunicación, ya que se opone al estilo tradicional de administración de las organizaciones de la Religión. La idea nociva de responsabilidad personal sobre el error expuesta por Reason (1990) está presente en la Organización; su concepto de error latente, ausente del diseño. Las políticas disciplinarias están claramente orientadas al resultado en la mayoría de los departamentos, ya que no hay protocolos de acción y no se diferencia claramente a las conductas aceptables. Los departamentos certificados y Enfermería han evolucionado hacia una política basada en el cumplimiento de reglas, donde el resultado final pierde poder y se comienza a comprender al error como oportunidad de mejora. No se observaron políticas disciplinarias basadas en el riesgo asumido que estimulen el reporte mediante una cultura justa

y positiva para mejorar (Mayer y Cronin, 2008; Vitolo, 2015). Al igual que lo mencionado por Cooper et al. (2017), se investiga como medida preventiva legal y no como oportunidad de aprendizaje.

Un diseño correcto del sistema incluirá una categorización del error, que será clave para aprender e ir cambiando de un ambiente propenso al mismo a uno que lo tolere (Vincent y Amalberti, 2015). Este proceso de regularización ayudará al empleado a evitar el uso de la memoria y comprender qué tipo de error es el que enfrenta (Armitage, 2009). En la Organización, se han implementado con éxito diversas soluciones, por ejemplo, la del sistema digital de medicación que, a pesar del beneficio, careció de un diseño integrado y debió someterse a parches, cambios y atajos por parte del personal. Al no existir una clasificación, no se crearon estadísticas del lugar de ocurrencia o el tipo de error. Al mismo tiempo, los cuasi-errores pasan inadvertidos de los legajos formales y en ambos casos la retroalimentación es escasa o inexistente. Si los errores continúan sin atenderse y los protocolos no son explicados, y sostenidos en el tiempo o valorados por los mandos medios –como el caso de la Escala de News en Enfermería o los *checklists* de Cirugía-, se corre el riesgo de normatizar el error (Reason, 1990; Vincent y Amalberti, 2015). Los departamentos certificados exhiben otra realidad, con una protocolización abarcante y un liderazgo que utiliza los datos. Se está en un constante estado de cambio y mejora continua.

Una correcta comprensión y clasificación del error con inclusión en el diseño del sistema actuarán como vacunas ante los mismos; no inmunizarán a la Organización, pero le darán herramientas para impedir que la incapacite cuando ocurran, señala Hudson (2003). Este mismo autor estandariza en cinco las etapas de avance de la cultura de seguridad a medida que aumentan la información y la confianza. De acuerdo con lo encontrado, la mayoría de las organizaciones de salud están en una etapa Negativa o comenzando a ser Reactivas, donde el error no existe o se reacciona tarde para minimizarlo. Dentro de la Organización, se reconoce al grupo de los Médicos y departamentos donde éstos son mayoría (Clínica, Radiología, Cirugía), como pertenecientes a la etapa de negación. La clasificación en ella se debe más a aspectos sistémicos, como la falta de educación e implementaciones, que a factores personales. El error trata de ser eliminado para que no exista registro de este; así es como se lo niega. El departamento de Cirugía presenta un cuadro mixto, dado que se han realizado implementaciones, y el personal técnico ayuda a generar protocolos propios para que cierto grupo de errores no vuelva a suceder, algo propio de la etapa Reactiva. En dicha etapa también se encuentra el departamento de Salud Mental y los Residentes, con comentarios relacionados

a reconocer posibles errores latentes, pero sin correcciones hasta que los mismos suceden, mayormente por fallas en los mecanismos para comunicarlo.

Aquellos que han recibido más acciones de parte de los nuevos puestos creados para mejorar calidad y procesos –Farmacia, Enfermería General y Técnicos-, se encuentran un escalón más arriba en la etapa de Burocratización, en un esfuerzo general por normatizar su accionar, creando reglamentos y aprendiendo a utilizarlos. La implementación poco efectiva en Radiología y la alta presencia de médicos y residentes hace que el departamento no integre este grupo, a pesar de haber recibido programas específicos desde el DCMP.

Los departamentos certificados se encuentran en la etapa Proactiva, buscando activamente oportunidades de mejora, con un concepto de error que comienza a alejarse de la punitividad, especialmente UTI. Ningún departamento pudo ser ubicado en la etapa Generativa de la cultura de seguridad de Hudson, ya que no existe una apropiación de la cultura de seguridad por parte de los empleados, que permita generar constantemente comportamientos seguros para el paciente. La falta de políticas verticales claras sobre el objetivo de las estructuras de apoyo creadas, hace que se generalice la idea que son esas estructuras las encargadas de velar por la calidad y no cada individuo.

6.2.3.1. El reporte de error. Los porcentajes de personas que sufren iatrogenias en la Argentina son alarmantes. Sin embargo, más del 95% no quedará registrado en un sistema de mejora, a pesar de que los resultados mundiales indican que la frecuencia de notificación es percibida como positiva entre los encuestados (Bethune et al., 2012; VIHDA, 2019; Skodová et al., 2011). La mayoría de los reportes provienen de enfermeros, ya que los médicos todavía mantienen el estereotipo de persona que no puede fallar (Barbosa-Ramírez et al., 2008; Woodward, 2017). Todas estas aseveraciones pueden ser destacadas como ciertas en la Organización. A pesar de no contar con un sistema integrado de reportes, con nulo incentivo y retroalimentación a los comentarios realizados al respecto, de que el DCMP tiene problemas para formalizar las quejas recibidas porque las personas no quieren quedar asentadas en un sistema, de no tener políticas verticales de educación al respecto, de que la mitad de los encuestados admitió no haber llenado un reporte en el último año y el 30% entre uno y dos reportes, se puntúa con un 48% de positividad (buena y muy buena) la frecuencia con la que se reporta.

Dos aspectos claves para implementar con éxito un sistema de reporte integrado son, en primer lugar, su diseño –con medidas claras y sencillas, que evidencien mejoras concretas y mantengan el impulso inicial- y, en segundo lugar, educación, que ayude a que lo que se reporta sea de calidad (Katzenbach, 2013; Woodward, 2017). La Organización todavía tiene

memoria del único intento por implementar un formulario de este tipo que fracasó y causó una abstinencia al reporte que perdura. Los departamentos certificados han mejorado notablemente el porcentaje de reporte, por lo que se infiere que la obligación de tener algún sistema de reporte impuesta por la certificadora, cuando además se ofrece un entrenamiento adecuado y existe un liderazgo comprometido, logran mejorar sensiblemente esta dimensión, de acuerdo con lo expuesto por Paccioni et al. (2008) y El-Jardali et al. (2011). La naturaleza departamental de los sistemas de reporte actualmente funcionales en la Organización, permiten suponer que la mayoría de los reportes cubren áreas técnicas/biológicas por sobre las sociales y sistémicas, similar a lo encontrado por Li y Thimbleby (2014).

6.2.4 Apoyo de la Administración

La creación de una cultura de seguridad debe contar con el apoyo y la participación constante por parte de la Administración. Debe ser claro desde la parte más alta de la pirámide que la seguridad, inmersa dentro de la atención de calidad, es prioritaria, con un liderazgo comprometido y proactivo, ético, coherente, empoderador, que sirva de mentor a los rangos inferiores (Braithwaite et al., 2010; Campione y Famolaro, 2018; Kane-Urrabazo, 2006; Kaufman y McCaughan, 2013). Las últimas dos características establecen un tipo de liderazgo que permite que un líder pueda promover en sus empleados un avance vertical y horizontal, pero sobre todo inclusivo/social basado en hitos personalizados vinculados al cambio impulsado, que les permitan interiorizar un avance personal además de organizacional (Schein, 2010). El mismo autor y Ramanujam et al. (2008) afirman que este liderazgo cercano e integrado, es un antídoto probado ante la inequidad de la carga laboral en relación al trabajo, presente en la mayoría de las organizaciones de salud. Esta investigación pudo reflejar que la alta dirección intenta demostrar mediante políticas que la seguridad es prioritaria, pues el avance de los temas relativos a la seguridad y la mejora de procesos han ido ganando terreno en las reuniones de Dirección y en la cultura de la Organización, clásicamente orientadas al consultorio y el volumen de atención.

Sin embargo, no se percibe un compromiso visible y congruencia entre las decisiones y acciones por parte de la dirigencia, todavía muy abocada al consultorio (se recuerda que la jerarquía más alta todavía realiza tareas de diagnóstico en un porcentaje significativo de su tiempo). Si se compara el estado inicial, con el comité fallido y la lucha afrontada por los primeros “campeones”, el avance es notorio. Sin embargo, no se logra transmitir el concepto de una manera concreta a los mandos medios, lo cual hace que el efecto sea menos perceptible en la primera línea. Aquellos mentores (jefes de departamento) que han transmitido la

prioridad lograron buena aceptación entre sus dirigidos, donde la certificación o la intención de certificar actuaron como hito motivador.

La teoría también menciona que la mayoría de los altos mandos en organizaciones de salud no tienen la preparación necesaria para comprender la psicología del rendimiento y las habilidades blandas necesarias para lograr trabajo en equipo eficiente, y comprender cómo éste ayuda a la mejora holística y de la seguridad del paciente. A la vez, percibían que esta última no era su responsabilidad sino de mandos medios capacitados especialmente para la tarea (Khatri et al., 2006; Manser, 2009; Nembhard, 2012). La alta dirección de la Organización cumple con estas características, siendo todos médicos preparados técnicamente para el ejercicio de esa profesión, sin ningún tipo de formación administrativa. La Junta Directiva es más heterogénea, con un porcentaje mayor de formación administrativa, siendo compuesta en su mayoría por ministros religiosos. Se puede observar también que la responsabilidad de generar mejoras y aumentar la seguridad del paciente recae en los mandos medios, especialmente en el DCMP. Su directora mencionó que son ellos los encargados de detectar y generar los planes para luego elevarlos a la Dirección, quien los implementa de acuerdo con la situación del momento.

Williams y Reid (2009) mencionan cuatro características para hacer visible el liderazgo de seguridad. Las ya mencionadas, prioridad de la seguridad, cultura justa y congruencia de la conducta, y la visibilidad del líder. En esta última, no se encontraron iniciativas por parte de la Dirección. El Director y su equipo manifiestan no tener el tiempo suficiente para dicha tarea. En ambas encuestas se recabaron comentarios que hacían referencia a ella, pidiendo que la alta dirección visitara los departamentos para reconocer el funcionamiento. Los empleados perciben que la seguridad es importante para la Dirección, siempre que se produzca lo necesario. Siguiendo a Tsai (2011), una buena relación con los liderados ayudará a que contribuyan y colaboren más, por lo que se puede destacar que, en su mayoría, esta relación existe y ayuda a debilitar las barreras al cambio.

6.2.5. *Diseño del cambio*

El diseño de un plan de cambio efectivo, duradero, sistémico, que modifique la cultura de seguridad en una organización de salud, ha sido obviado en las organizaciones de salud. Generalmente solo se han atendido errores fáciles de solucionar y muy visibles, dentro del ámbito de internación, sin tener en cuenta el cambio secundario de los mismos (Vincent y Amalberti, 2016). La Organización no es ajena a esta tendencia. Rutherford et al. (2017) mencionan que la habilidad para diseñar y administrar estos procesos tendrá un alto impacto,

formalizando y reforzando el mensaje prioritario de la administración, quien deberá crear estructuras que clarifiquen situaciones contingentes y empoderen a los empleados para responder ante estos eventos (Ginsburg et al., 2010). En este sentido, la Organización ha actuado tradicionalmente por reacción, generando estas estructuras luego de la implementación de los cambios.

Los autores recomiendan una aproximación sistémica, compleja, mucho más profunda y abarcante que las realizadas en la actualidad. Estos diseños deben trabajar moldeando la cultura existente y no tratando de imponer una nueva, creando procesos consensuados y modificables que faciliten la apropiación del movimiento en cada empleado, donde el objetivo no es el de generar regulación sino guiar la cultura hacia el objetivo deseado (Groves et al., 2011; Katzenbach, 2013; Walter et al., 2010; Woodward, 2017). El DCMP intenta impulsar esto mediante los auditores internos, pero no puede superar la barrera de los mandos medios. La tarea de nexo realizada hasta el momento, solo alcanza a este grupo y las entrevistas demostraron que las primeras líneas, en la mayoría de los casos, no cuentan con un canal abierto para ser parte del diseño del cambio, a pesar de ser la primera barrera al error y principal fuente de información

A diferencia de El-Jardali et al. (2011), los departamentos técnicos donde el proceso es más “estandarizable” no han sido los mejores receptores de las implementaciones. Como ejemplo, existe una relación tensa entre el DCMP y los empleados de Laboratorio, por la diferencia de ideas de las funciones que cada uno debe tener con respecto a la calidad y seguridad. Aquí toma relevancia la idea que hay actividades que pueden ser ultraseguras y otras que deben ser ultraadaptativas (Amalberti et al., 2005). La Organización solo podrá tener una verdadera cultura de seguridad si el diseño permite el aprendizaje continuo en todo el personal y no solo en comités especiales, fuera de la estructura funcional. Esto se logra con una secuencia planificada de procesos que tolere la tensión y ajustes continuos, no solo mediante una certificación, como muestra Laboratorio (Olden y McCaughrin, 2007a; Slawomirski et al., 2017).

Finalmente, el diseño debe permitir la sustentabilidad del impulso mediante la enseñanza de lo aprendido. Si la inseguridad es el resultado de sistemas pobremente diseñados, la seguridad será una construcción ascendente y permanente hacia un sistema bien diseñado (Frush, 2008). Exponer a futuros líderes a la mayor cantidad de subculturas y diseños en la organización, crear un programa de mentoría de líderes actuales a futuros para que además de conocimiento técnico adquieran perspectivas y presunciones diversas, es una tarea pendiente en la Organización (Schein, 2010). Esta perspectiva amplia otorgará capacidades para

seleccionar los miembros que prepararán, evaluarán y reflexionarán sobre el diseño del sistema futuro. Todo cambio generará ansiedad, por lo que un correcto diseño y confianza en las personas que lo llevan a cabo serán necesarios para contener a la barrera psicológica que trae la incertidumbre, máxime si el cambio es tecnológico y rompe con tradiciones muy bien establecidas, como en este caso de estudio. La situación del nuevo jefe de Radiología es un ejemplo de la vigencia de esta carencia en la Organización.

6.2.5.1. Implementación del cambio. Una parte tan o más importante que el diseño adecuado es una correcta implementación. Starling (2017) menciona que un riesgo inevitable del cambio es ir muy rápido, sin entender el comportamiento objetivo, los procesos técnicos y sociales a alterar, la contención psicológica necesaria y cómo se logrará. Muchas veces también hay falta de investigación sobre el momento y ambiente oportunos para ejecutarlos, y de la multiplicidad de soluciones posibles, llevando a que muchas iniciativas sean implementadas sin un seguimiento claro de su efectividad (Morello et al., 2013; Stichler, 2011; Woodward, 2017). En la Organización, la falta de un diseño global del cambio lleva a que las implementaciones sean organizadas en base a las prioridades que la Dirección cree oportunas, con un objetivo final tenue y abstracto bajo una mirada netamente cortoplacista. Se analizan los procesos técnicos, pero no los sociales, basando el momento de implementación en espacios estacionales donde la Organización no presenta un pico de demanda, para poder gestionar las modificaciones necesarias al plan original. No se utilizan aspectos claves para ayudar al éxito de la implementación, como utilizar estadísticas –porque no existen o son muy recientes-, involucrar directamente a la jefatura, entrenar a la primera línea en el proceso de transición, con conceptos técnicos y habilidades blandas, generando claros motivadores económicos y sociales, con mandos medios transformacionales y campeones departamentales (Nembhard, 2012).

No existe una evaluación formal de las implementaciones realizadas (como ejemplo, el DCMP armó un listado de ellas a pedido del investigador, ya que no había informes realizados), por lo que no se puede comprobar el porcentaje de efectividad. En los grupos focales se detectó un número importante de implementaciones desactivadas, existentes, pero no operativas, o si se realizan nadie utiliza esa información. El ejemplo más significativo es el de Comité de Calidad Prestacional, todavía vigente en el organigrama, pero disuelto hace tres años en la práctica. Sin embargo, los grupos focales y encuestas destacaron que se ha avanzado en la seguridad del paciente y que se están llevando a cabo las acciones necesarias para continuar en este camino. Quizá Charan (2006) traiga luz sobre esta paradoja, al mencionar que la transición a una cultura de seguridad puede ser lograda incluso en las condiciones menos favorables,

siempre que los involucrados en la acción final se encuentren motivados a llevarla a cabo. El éxito de UTI solo puede ser explicado mediante un liderazgo compenetrado con la mejora y una predisposición mayoritaria en el grupo a cambiar. La diferencia con Laboratorio podría ser identificada en esta última característica. Los demás enfermeros conocen como se trabaja en UTI y esto los motiva a querer cambiar su forma de trabajar, logrando un avance evidente en las encuestas.

Reconocidos autores del área como Vincent y Amalberti (2015), Donabedian (Slawomirski et al., 2017) y Waterson (2009), han analizado y categorizado gran cantidad de implementaciones, siendo las más clásicas las de protocolización, normatización e implementación de nuevas tecnologías, que solucionan aspectos clínicos de la atención con un enfoque de arriba hacia abajo. Se dejan de lado modificaciones al trabajo en equipo, resiliencia, inclusión de pacientes y segundas víctimas. Es difícil encontrar aproximaciones de diseño de sistema, organizacionales y de liderazgo (Campione y Famolaro, 2018). En la Organización, se pudieron observar implementaciones tecnológicas y técnicas en su mayoría, pero se destacan implementaciones organizacionales como la reorganización de Radiología o sistémicas como los nuevos protocolos de manejo de prótesis y fármacos. No se evidenciaron mejoras en habilidades blandas o en el liderazgo.

Avramchuk y McGuire (2018) mencionan que el mayor cambio producido por una certificación no está en la eficiencia de los recursos o en la protocolización de actividades, sino en la percepción de los individuos. Especialmente aquellos cuya tarea ha sido regularizada y que han ganado presencia social con ella. Por consiguiente, son los profesionales médicos quienes han sido más reticentes a aceptar estas implementaciones. Greenfield y Braithwaite (2008) afirman que estos profesionales consideran a sus colegios como el lugar apropiado para mejorar procesos y que la protocolización es simplemente una burocratización que atenta contra su juicio profesional, simplificando un proceso históricamente artesanal (Walter, 2009). Los resultados han mejorado cuando los indicadores (estadísticos) fundaban los cambios, algo que Schein explicita en la definición de cultura utilizada en el Estudio. Haughon (2017) afirma que el 84% de los médicos estaba dispuesto a cambiar si los argumentos eran convincentes. La Organización muestra una amplia diferencia entre las profesiones no médicas (con su pico en Enfermería), y los médicos y residentes. Comentarios específicos de la directora del DCMP hacen referencia a la dificultad de transmitir información a este grupo y que realicen las implementaciones. Como ejemplo, la dificultad para que marquen inicio y fin del turno ha sido descomunadamente alta, siendo ésta una tarea sencilla y vital para las estadísticas operacionales. Un análisis más profundo podrá develar cuestiones de poder y autonomía, ligadas a la ausencia

de control de horarios y por sobre todo, que los médicos no han sido foco directo de la mayoría de las implementaciones por lo que no han sido tenidos en cuenta en el proceso de diseño de estas. Este diseño sistémico ausente ha resultado en que los médicos hayan tenido que modificar su trabajo, sin conocer la razón o estar capacitados para ello.

Los incidentales de diseño suceden generalmente por una concepción defectuosa del impacto sistémico del cambio, mala comunicación y la presencia de estructuras pasadas cuyo poder no ha sido disminuido por un cambio cultural. El resultado son parches, excepciones, mala utilización y recarga física y cognitiva de los usuarios (da Silva y Krishnamurthy, 2016; Khatri et al., 2006; Kralewski et al., 2008). A su vez, la tecnología ha sido la implementación más estudiada (Gaal et al., 2011), descubriendo que la mejora en la seguridad por el uso de la tecnología en transiciones, identificación de pacientes, manejo de medicamentos e historias clínicas, son notables y es extraño que no sean implementadas con mayor frecuencia (Schutz et al., 2007), quizás debido al costo elevado (Slawomirski et al., 2017), o ,en mayor medida, por la amenaza de los cambios en la rutina, estructura, autonomía y poder que generan (ver el caso Secobat en Walter y Bez, 2019). La alta dirección de la Organización decidió implementar soluciones tecnológicas que ayuden a erradicar el papel en la institución. El interés informado en aquel momento fue el de mejorar la calidad, aunque el Director mencionó que era secundado por una necesaria reducción de costos. La falta de diseño y de comunicación dificultó la implementación del sistema de medicamentos y fue necesario optimizar soluciones a medida. En este aspecto, los canales informales existentes auxiliaron a los formales y se destacó en varias ocasiones la disposición del grupo de informática para ayudar a la primera línea.

6.2.5.1.2 Debilitamiento de Barreras y Facilitadores de la Implementación. La teoría menciona que se debe trabajar arduamente para que el cambio sea visto como positivo. De otra manera, los efectos comunes serán la agresividad, sabotaje, desconfianza, confusión y aislamiento. Se necesita de la buena voluntad de los empleados para adecuar el sistema y perfeccionarlo. Se ha demostrado que la protocolización extrema no es necesariamente positiva a la seguridad, porque la realidad no es completamente regularizable. La constitución de reglas, procedimientos y nuevas tecnologías atenta contra las estructuras tradicionales de poder y autonomía, potenciándose con la, generalmente presente, falta de educación e integración en el diseño de estas. El normatizar tiene como objeto la reducción de la incertidumbre, pero a su vez limita el actuar en situaciones extraordinarias (Walter y Bez, 2019). Para lograr que la protocolización sea beneficiosa se debe trabajar con todo lo visto: liderazgo comprometido que incluya a los mandos medios tanto formales como informales, diseño sistémico de estructuras alineadas al nuevo objetivo, debilitamiento de lealtades profesionales e influencia externa,

empoderamiento, entrenamiento, educación, grupos de ayuda y retroalimentación, trabajo en equipo, comunicación abierta y un concepto de error orientado a la mejora continua (Looseley et al., 2009; Pauley y Pauley, 2012; Schein, 2010; Vincent y Amalberti, 2015). Los resultados indican que algunos de esos elementos están presentes en la Organización, y que se cuenta con un recurso humano predispuesto a aceptar e involucrarse con las nuevas implementaciones. Sin embargo, muchas de las herramientas que dependen de los líderes y mandos medios se encuentran vacantes. El énfasis neto en el realizar el mayor número posible de consultas lleva a un accionar inmediato, de corto plazo, que no puede hacer frente a un cambio cultural. La alta dirección se queja de la falta de compromiso de los mandos medios, sin proponer acciones y políticas que resuelvan la situación. Es responsabilidad de estos grupos generar las estructuras que permitan más comunicación abierta, cambiar el concepto de error presente, mejorar el trabajo en equipo, empoderar y educar a todos los empleados. Así se allanaría el camino para aquellas fortalezas intrínsecas de la cultura de la Organización que promueven una atención de calidad y segura a sus pacientes, institucionalizando la mejora.

Se finaliza esta sección haciendo especial énfasis en la principal herramienta de cara al futuro, la educación. A mediano y largo plazo será la educación la que modifique la cultura. Contando con el apoyo de la alta dirección, un empleado educado participará de manera activa e inteligente en el diseño e implementación del proceso de cambio (factor de éxito primordial de dichas implementaciones), superando la línea de lo meramente técnico. La Organización no fomenta el educarse fuera de las habilidades técnicas de cada profesión. El DCMP ha tenido iniciativas de este tipo, que chocan ante un escenario que no las considera necesarias. Su Directora mencionaba que el problema no radicaba en conseguir educadores, sino en que la alta dirección logre motivar al personal para que asista. Esta situación se asemeja a los estudios recabados y a la preocupación internacional en el tema. Por esta razón la OMS trabaja en la inclusión de temas blandos en las currículas de salud. El efecto nivelador y equitativo favorece un posterior trabajo en grupos interprofesionales. Las pocas experiencias argentinas obtuvieron resultados muy favorables (Ladenheim et al., 2017; O'Daniel y Rosenstein, 2008; Spector et al., 2014; Teleki et al., 2009). La Organización podría hacer mucho más para priorizar la inclusión de estos conceptos en la educación de los residentes, dándole un lugar prioritario en el proceso de cambio. Un ejemplo de esto es la red creada por éstos, entre el Hospital Garrahan (lugar de su residencia) y hospitales provinciales (lugar de trabajo), con el fin de disminuir el desgaste del traslado familiar de pacientes oncológicos (Toziano et al., 2004). De igual modo se podría trabajar mancomunadamente con el centro educativo vecino, fuente de la mayor

cantidad de futuros empleados, para introducir estos conceptos de una manera transversal en la capacitación de los alumnos.

6.3 Dificultades

El trabajo contó con el apoyo de la Dirección en todo momento. Sin embargo, para evitar sesgos en las respuestas y apartar el Estudio de la alta dirección de la Organización, solamente se informó del mismo, de manera oficial, al personal del DCMP y jefes de los grupos profesionales de médicos y enfermeros. La vasta mayoría de los entrevistados solo sabía las líneas generales del Estudio al momento de comenzar la entrevista. Esta salvedad generó complicaciones en la coordinación de las entrevistas y los grupos focales, ya que la Organización recibe entre 15 y 20 pedidos de trabajos de investigación externos por año. En algunos grupos focales, los entrevistados tuvieron miedo de ser identificados en las respuestas, pese a que al inicio de los grupos focales se explicitaba la garantía de anonimato y los objetivos del encuentro, ya que eran pocos en el departamento y sus compañeros estaban cubriendo sus puestos de trabajo. Los departamentos de trabajo menos protocolizados y con mayor cantidad de personal médico fueron los más difíciles de coordinar, llegando al punto de no poder coordinar un grupo focal con tres o cuatro médicos de servicios similares, debiendo optar por entrevistas particulares.

El cambio en la Dirección al comienzo del Estudio creó dos situaciones que dificultaron el planteamiento original. En primer lugar, la adecuación de la Organización a la nueva distribución de directivos demandó casi un año, dado que, al cubrirse con posiciones internas, el efecto cascada de puestos que necesitaban ser cubiertos fue amplio. Sumado a esto, la rotación hacia una administración más *ad hoc* y centrada en alcanzar al mayor número posible de pacientes dificultó la creación y mantenimiento de planes estratégicos a largo plazo. Luego de este período de incertidumbre, se crea el DCMP a comienzos del tercer año de Estudio, con personal dedicado exclusivamente a la tarea. Esta temporalidad coincide con el momento anteriormente planeado para llevar a cabo los grupos focales. Entendiendo que la Organización no había realizado ninguna adecuación y que cualquier cambio percibido por el personal sería simplemente asociado a un hecho fortuito o de mejora interna auspiciada por los mismos empleados, se decidió postergar las entrevistas por un período de dos años, precediendo a la segunda aplicación del instrumento.

Un segundo detalle muy importante desencadenado por el cambio de directorio radicó en la necesidad de postergar el proyecto original de obtener una certificación en calidad,

incluyendo a la seguridad del paciente, en el ámbito nacional e internacional. Esto se basó en dos factores: (1) el deterioro en la economía del país llevó a reducir los consumos en dólares, como los de una certificación internacional, y (2) la falta de un departamento exclusivo que ayudara a mejorar los procesos y obtener certificaciones ISO 9001. Esto significó modificar el hito de finalización del proyecto, ya que no se obtendrían certificaciones en el corto plazo. Como las mejoras de procesos estaban planificadas y listas para ser implementadas, la fecha de finalización del Estudio no se modificó. Las implementaciones se llevaron a cabo, con la salvedad de que no se trabajó con el objetivo de lograr una certificación inmediata. Se planificó y trabajó con los departamentos de Enfermería, Farmacia y Radiología para obtener certificaciones ISO 9001:2015 en 2020 y 2021 pero la crisis pandémica desatada postergó nuevamente los planes.

La principal dificultad externa provino por la Pandemia Covid-19 que se desató durante la segunda aplicación del instrumento. La aplicación del instrumento fue interrumpida por tres meses y luego debió continuar a través de una persona interna de la Organización dado que fueron suspendidos los accesos a investigadores externos. A su vez, el personal se limitó para cumplir con rotaciones que pudieran disminuir los contagios y hacer frente a una demanda inferior de pacientes ambulatorios. Esto llevó a que el número de respuestas fuera inferior al de la primera aplicación del instrumento.

6.4 Limitaciones

En la recolección de datos pueden haber influido sesgos no reconocidos en el investigador, de memoria, de transcripción, culturales, errores de interpretación de comportamientos, sucesos o claves no verbales. El uso de las entrevistas y grupos focales con un formato semiestructurado y abierto probablemente haya llevado a sesgos y prejuicios en el entrevistador y los entrevistados. Estas posibles limitaciones del diseño trataron de ser eliminadas mediante triangulación de puntos de vista, verificación de la información obtenida en documentación y comparación con resultados de estudios anteriores en otras organizaciones similares.

La ya mencionada demografía de la localidad donde se ubica la Organización ocasionó que el investigador conociera a algunos entrevistados con anterioridad, ya sea por haber compartido alguna actividad extralaboral o por encuentros no establecidos en la localidad. La misma situación hace que la relación se mantenga luego de presentados los resultados.

Al realizar los grupos focales se requirió a los jefes de departamentos que seleccionen a integrantes referentes de la población de este, con antigüedad suficiente como para entender

sus dinámicas internas. Esto se hizo con el fin de lograr la representatividad del grupo aunque podrían existir diferencias. El enfoque fenomenológico de este Estudio no tiene por objeto generalizar sus resultados sino servir como base exploratoria para implementaciones similares en otros centros de la región.

La mejora en la percepción de seguridad observada puede responder a una respuesta momentánea a la mejor comunicación facilitada por el DCMP. Puede que la situación inicial haya sido tan básica que cualquier intento por mejorarla generara un impacto mayor al real. Es importante continuar midiendo regularmente la percepción a través de la encuesta para poder determinar la incorporación de los cambios a la cultura de la Organización.

La ausencia de literatura relacionada al progreso de la seguridad del paciente como consecuencia del cambio en los procesos vinculados a la obtención de una certificación internacional en gestión de la calidad en el mundo, y específicamente en Latinoamérica. Con la excepción del estudio de Abrantes (2007) en Brasil, no se encontraron estudios cualitativos de este tipo en la zona. Las publicaciones referidas a mediciones mediante instrumentos como el HSOPS o el SAQ en los países sudamericanos están en crecimiento, encontrándose todavía en su primera infancia. Cabe destacar que no se encontraron estudios mixtos en el área, reforzando el aporte original, inédito y pionero que presenta el Estudio.

En línea con esto, se vuelve a resaltar que el carácter exploratorio y descriptivo de la narración del fenómeno estudiado no tiene como objetivo el poder generalizar los resultados. La mejora en la percepción de seguridad del paciente se da en un lugar y espacio temporal definidos, basado en el fundamento, reflejado en el marco teórico, que la cultura es un fenómeno único generado por los procesos que afectan a la organización, y que un cambio en el orden, momento y población en el que ocurren podría generar resultados completamente diferentes. El Estudio intenta extraer factores indicativos para determinar la posible transferibilidad y recurrencia de ciertas situaciones, siendo un punto de partida que puede ser utilizado como marco conceptual por organizaciones que intenten implementaciones similares. La suma de replicas con resultados similares podrá determinar correlaciones y generalizar fenómenos de causa/efecto en dichas implementaciones.

Todas estas limitaciones fueron tenidas en cuenta a la hora de analizar los datos recabados y describir el fenómeno, tratando de minimizar su impacto a través de triangulaciones y comparaciones que de documentación que permitan fundamentar lo recabado en entrevistas y grupos focales. Con ellas, se estima que lo expuesto refleja razonablemente lo acontecido.

Capítulo 7

Conclusión

En este último capítulo se contestan las preguntas y objetivos que orientaron esta investigación, con base en los contenidos desarrollados a lo largo del Estudio. Se finaliza señalando posibles líneas de investigación futuras sobre el tema.

La pregunta principal que direccionó este Estudio fue:

¿De qué manera los procesos implementados para obtener la certificación internacional en gestión de la calidad influyen sobre el cambio en la cultura de seguridad del paciente en un centro de salud de alta complejidad del interior argentino?

El objetivo general propuesto fue:

Identificar y describir procesos y etapas, factores que generan apoyo y resistencias relativos al cambio de cultura en la seguridad del paciente, vinculados a la obtención de una certificación internacional en gestión de la calidad mediante un análisis de caso intrínseco, pionero en el país, en un centro de salud de alta complejidad del interior argentino.

Para responder a esta pregunta principal y a este objetivo general, se enuncian a continuación conclusiones ordenadas de acuerdo con las subpreguntas del Estudio y objetivos específicos.

7.1 Subpreguntas

7.1.1 Subpregunta 1

¿En qué aspectos y departamentos o profesiones cambió la cultura de seguridad del paciente luego de cinco años de procesos vinculados a la obtención de una certificación internacional en gestión de la calidad? Para responder a esta pregunta se compararon los resultados de una encuesta de cultura de seguridad del paciente, realizada al inicio, y de otra reiterada al final del proceso de certificación, tanto a nivel de la organización en su conjunto como entre los distintos departamentos involucrados.

Los resultados de la comparación fueron expuestos en el punto 5.1 y discutidos en el punto 6.1. En los mismos se constata una mejora en las 12 dimensiones de la encuesta, destacándose las relacionadas con el Apoyo de la Administración y las Transferencias y Transiciones dentro de las dimensiones de nivel Organizacional, y el Aprendizaje y la Mejora Continua en las referidas a la Unidad. Todas ellas con más de 10% de mejora entre aplicaciones del instrumento, llegando al 23% en la primera mencionada.

La creación de espacios institucionales dedicados a la gestión de la calidad generó en los empleados un sentimiento de involucramiento institucional y una mejora en la coordinación entre departamentos, inexistente en un primer momento, por la vía del análisis y la protocolización de las tareas. Esto se vio reflejado en un aumento promedio tres veces superior en las dimensiones del nivel Organización.

Segregándolo por departamentos, se observa que los mayores incrementos tuvieron lugar en los departamentos donde los Enfermeros son mayoría: 25% en UTI y 17% en Enfermería General, llegando a máximos de 48% de mejora en la positividad de las dimensiones, todas ellas positivas. El segundo departamento certificado, Laboratorio (9%), comparte rango con Clínica (11%) y Cirugía (8%). Sin embargo, en el primero se observan resultados dispares entre las dimensiones, en un rango desde -21% a 28%, presentando cuatro dimensiones negativas. Clínica obtuvo resultados más constantes con solo dos dimensiones negativas. En Cirugía, el avance logrado se basó en una mejora del 27% en las dimensiones de Organización, quedando el remanente neutral. Con 6 dimensiones negativas, Salud Mental no logró mejorar los buenos resultados de la primera aplicación del instrumento obteniendo un 0,07% de mejora promedio. Finalmente, Radiología disminuyó en un 4%, con 8 dimensiones negativas. Se refuerza así la idea de la disconformidad que genera un cambio de gran envergadura realizado de manera intempestiva por la Dirección General, al pertenecer 6 de ellas al grupo de Unidad, siendo éstas las que peor puntaje obtuvieron, decreciente en un 12% como grupo.

Finalmente, se aprecia que aquellas profesiones más involucradas con los procesos implementados mejoraron sus resultados en mayor medida que sus contrapartes menos involucradas. A nivel general, los Técnicos (de Laboratorio, Radiología e Instrumentadores) y en especial los Enfermeros lograron resultados positivos en todas las dimensiones (salvo una, Técnicos) que promediaron un 15% y 17,5% de aumento en la positividad respectivamente.

En general, los esfuerzos del DCMP y demás estructuras creadas para mejorar procesos y aumentar la seguridad del paciente no involucraron a los profesionales Médicos, tanto de planta como residentes. Es por esto que la positividad decreció un 1% en los primeros y un 5,7% en los segundos, obteniendo un resultado inferior en 7 dimensiones los Médicos y 10 dimensiones los Residentes.

7.1.2 Subpregunta 2

¿Cuáles son las etapas que se observaron en este proceso de cambio de la cultura de seguridad del paciente y qué escenarios caracterizan cada una de ellas? Para responderla se

describen y analizan las distintas etapas del cambio que tuvo lugar como consecuencia del proceso de certificación.

Al carecer de un plan estratégico de calidad e implementación de mejoras, la Organización presentó escenarios dispares en cuanto al proceso de cambio en cada departamento. Dicha carencia no anuló, sin embargo, el cambio positivo provocado por las modificaciones realizadas en la estructura organizacional, analizadas en los puntos 5.2 y 6.2.1. El análisis, desde el punto de vista de la escala de Hudson, permitió identificar departamentos y profesiones en distintas etapas de evolución de la cultura de seguridad del paciente, con excepción de la última, la Generativa (ver punto 6.2.3). Los departamentos y profesiones que más etapas superaron fueron los que recibieron mayor atención y más mejoras por parte de las nuevas estructuras creadas a tal fin.

El proceso de certificación fue el principal impulsor externo del cambio necesario para progresar en la escala. El énfasis fue puesto en la mejora de procesos y la calidad, creando las bases para un posterior programa enfocado directamente en la seguridad. Este camino, tradicionalmente, permite reducir la distancia entre la realidad y el objetivo de seguridad del paciente perseguido. La protocolización requerida revela oportunidades de mejora y concientiza al empleado en el rol fundamental que debe cumplir en el proceso. El reconocimiento del cambio y la mejora producidos por los pares alimenta el impulso inicial, generando un círculo virtuoso de mejora continua que permea a los departamentos con interrelación estrecha. Existe una diferencia conceptual y actitudinal entre aquellos empleados que formaron o forman parte de un proceso de certificación y los que todavía no lo han hecho (ver punto 5.2.3). Entre estos últimos, se percibe la ausencia de un concepto absoluto en lo referente a la seguridad del paciente, y de un comportamiento diario personal en pos de la calidad y la excelencia en su tarea.

En respuesta directa a la subpregunta de investigación 2, algunos departamentos aún se encuentran en la primera etapa de negación. En la segunda etapa, reactiva, el departamento debe encontrar pilares propios, “campeones”, que tomen a cargo el proceso de cambio, en especial entre los jefes de departamento. Este proceso fue mejor recibido cuando fue respaldado por estadísticas o por requisitos de certificación que demostraron su necesidad para que la negación del error fuese superada. Era habitual enfrentarse a altas barreras por parte de profesionales cuya independencia fue históricamente alta, por la carga psicológica de abandonar la rutina. Por esto la Dirección o el DCMP debió brindar lineamientos claros, motivando y apoyando a los empleados que manifestasen una actitud similar a la requerida. En la Organización, se apreciaron, en cambio, barreras bajas y una alta aceptación por parte de los

empleados de primera línea a esta etapa, siendo esto más difícil en departamentos con profesiones heterogéneas y alto porcentaje de médicos.

En la tercera etapa (signada por la burocratización), durante la fase de cambios hacia la certificación, se debió empoderar y retroalimentar a la primera línea y los mandos medios, fomentando el sentimiento de pertenencia y control sobre los cambios y ajustando los mismos a la realidad. En este eslabón, los canales de comunicación no fueron claramente establecidos para garantizar la fluidez y la respuesta rápida. En la Organización, la falta de planificación de la comunicación dificultó la implementación de mejoras y los ajustes (ver puntos 5.2.3.4, 6.2.2 y 6.2.4). Fueron los mandos medios, los jefes de departamento, los que más padecieron por la falta de canales interdisciplinarios de consulta y trabajo en equipo, llevando a que aquellos que no estaban compenetrados con el proceso se opusieran al mismo. La homogeneidad de los profesionales y el menor tamaño del departamento ayudaron a que este proceso fuese más sencillo en departamentos que presentaban estas características.

Finalmente, en la cuarta etapa, proactiva, con la certificación ya recibida la mejora continua quedó instalada, pero debió ser continuamente impulsada para lograr su institucionalización. En esta etapa, las principales mejoras ya habían sido implementadas y eran los empleados quienes comenzaron a mejorar diferentes aspectos de su labor. Los canales ya establecidos y probados garantizaban que serían considerados y retroalimentados. En la Organización, la presencia de una persona dedicada en un porcentaje de su tiempo a administrar y canalizar la introducción de mejoras y el aumento de la calidad y seguridad en el departamento, incrementaron los resultados, mejorando el clima de trabajo en equipo. Este detalle justificó la decisión de no incluir a ningún departamento en la quinta etapa, Generativa, ya que los empleados todavía necesitaban contar con un tercero sobre el cual recayese la responsabilidad por “la calidad y la seguridad”. Esta falta de independencia y de internalización de la responsabilidad abren el espacio para futuras implementaciones.

7.1.3 Subpregunta 3

¿Qué factores de apoyo y barreras se observaron en la implementación de los procesos vinculados a la obtención de una certificación internacional en gestión de la calidad? Para responder a esta pregunta se identificaron los factores que generan apoyo y las barreras a los cambios requeridos por la certificación, tanto entre los distintos departamentos involucrados como a nivel de la organización en su conjunto.

Los puntos 5.2, 6.2 y especialmente 5.2.2 demostraron la existencia de factores críticos para el éxito de la implementación de los cambios en la Organización. Muchos de estos factores

se manifestaron de manera natural debido a la poca planificación puntual de las implementaciones realizadas, siendo en menor medida creados por necesidad. Cabe destacar que la Organización no realizó una evaluación previa de factores mínimos necesarios y los fue descubriendo (y utilizando o cancelando) a medida que se iban implementando los procesos.

Entre los apoyos más destacados se encuentran:

1. El compromiso inicial de los jefes de departamento donde nació la idea que comenzó el proceso de certificación, punto inicial y clave del movimiento en la Organización (ver punto 5.2.1).
2. Este impulso inicial fue apoyado por la Dirección General, quien facilitó la creación de agentes sustentadores del cambio principalmente el DCMP y la EDS (analizados en punto 5.2.1 y especialmente punto 5.2.2) y promulgó herramientas estratégicas que enmarcaron el esfuerzo (ver Anexo I).
3. La generación de estadísticas a nivel organizacional y sobre todo a nivel interno, para fundamentar y explicitar las mejoras obtenidas mediante los cambios implementados, que prolongaron el efecto en el tiempo, alcanzando hitos medibles y accesibles en el camino a la certificación.
4. La predisposición y el compromiso de los empleados de primera línea con el bienestar de los pacientes, valor central en la cultura de la organización, que permitió sobrellevar y justificar, en la finalidad del bien mayor, las complicaciones generadas por los cambios, las fallas en la comunicación e implementación, la recarga del trabajo y la sensación de inseguridad psicológica que acarrea el alejarse de la rutina (ver puntos 5.2.3.5 y 6.2.1.1). En general, el personal de salud contaba ya con este atributo de manera intrínseca que fue ampliado por la cultura de la Organización.
5. La imagen de excelencia en la atención que la Organización tiene en la zona. Mencionada como arma de doble filo por el Director General. Facilita la incorporación de recursos humanos capacitados y la tolerancia a situaciones de cambio, y a su vez fomenta el anhelo de mejora continua para mantener dicha imagen. Por otro lado, dificulta la comunicación transparente y el reporte de errores (puntos 6.2.2 y 6.2.3).

Entre las barreras se encontró:

1. La grave ausencia de canales de comunicación formales claros y funcionales. Las protocolizaciones, implementaciones y mejoras dejaron en evidencia la falta de aproximación sistémica al movimiento y la endeble línea de comunicación, ascendente, descendente y horizontal, prevaleciente en la Organización. A esto se añade la relación

distante entre la Dirección y el empleado de primera línea, con la excusa de la escasez de tiempo en la primera, porque continúa con tareas de atención en consultorio.

2. La falta de compromiso de los jefes de departamento médicos, basadas en la mala comunicación mencionada en el punto anterior. Este es un punto bisagra en la implementación de las mejoras. La falta de una clara identificación de los roles del puesto, que priorice las tareas no técnicas de liderazgo sobre las técnicas, genera una ausencia de lineamientos y herramientas que atenúen la influencia de los estereotipos clásicos de independencia personal y departamental. El Director General mencionó las dificultades para lograr que la información fluya desde los jefes al personal del departamento. Los lineamientos del DCMP fueron tomados como consejos quedando la decisión de implementación en los jefes. Ellos mismos indicaron que se realizarían las tareas técnicas primero y, de sobrar tiempo, se ocupaban de las tareas de dirección de la jefatura.
3. La ausencia de un plan generalizado de mejora de la calidad que permita que los empleados percibiesen la verticalidad, importancia y urgencia de las mejoras introducidas por los departamentos creados para este fin. Esto es magnificado por la falta de diseño (completamente ignorante de las sub y micro culturas) y coordinación entre estos departamentos y la dependencia de la Dirección para la implementación de mejoras.
4. Los estereotipos y valores clásicos que opacan la transparencia y dificultan el reconocimiento y el reporte de los errores. En la Organización, no se apreció mejora en este aspecto, no existe un plan para implementar la cultura justa, ni un sistema central de reporte de errores y no se educa ni fomenta el reporte. Un intento pasado fallido elevó aún más la barrera a reportar.
5. La falta de educación en cultura de seguridad y habilidades blandas, como liderazgo y trabajo en equipo. No existe capacitación para los mandos medios y altos en estas habilidades. La poca educación realizada de manera institucional se limita a los conceptos técnicos.
6. El estado de los residentes, silenciados culturalmente al no estar vinculados a ningún departamento, se encuentran fuera de los canales formales de comunicación, no estando preparados para las responsabilidades que le son asignadas cuando la organización se encuentra en su estado más vulnerable, siendo una fuente invaluable e infrautilizada de información sobre problemas en la organización.

7. La falta de motivación para el cambio que propone el ambiente externo. No existen incentivos monetarios o legales, a nivel nacional y provincial, que impulsen la necesidad de mejorar la seguridad del paciente. La digitalización es limitada debido, sobre todo, a la falta de adecuación de los sistemas de terceros (en especial obras sociales) y de un marco legal que promueva la eliminación del papel.
8. Las barreras generadas por regulaciones internas de la organización religiosa propietaria de la Organización, tales como que solo el personal con dedicación exclusiva pueda ocupar puestos medios y altos, y los cargos no sean objeto de remuneración económica extra. La alta rotación resultante se eleva como una barrera para emprender proyectos a largo plazo y para la mejora y educación del liderazgo, mencionada en puntos anteriores.

Entre los departamentos se observaron factores propios que actuaron como apoyos o barreras, tales como la profesión, el tipo de actividad desarrollada, la homogeneidad del departamento, la dependencia hacia el jefe del departamento, el clima interno y las reacciones ante implementaciones externas. A su vez, se identificó la solidez de la independencia profesional sobre la departamental y su efecto, en este caso positivo, destacando el traslado del impulso generado por UTI a la Enfermería General.

7.1.4 Subpregunta 4

¿Qué injerencia tuvo la creación de estructuras de apoyo específicas para favorecer el cambio en la cultura de seguridad del paciente? El objetivo específico a esta pregunta fue aportar a la comprensión sobre cómo cambia la cultura de seguridad del paciente de un centro de salud de alta complejidad al incorporar estructuras de apoyo específicas vinculadas a la obtención de una certificación internacional en gestión de la calidad.

El contexto global gira en torno a trabajar de una manera ética y moral, incluyendo a la salud, por lo que la maximización de la seguridad del paciente se establece como una prerrogativa necesaria, ya no optativa, para los prestadores. Este mismo escenario llama a evitar la simple medición técnica estadística y esforzarse por eliminar los estereotipos que atentan contra la comunicación abierta, clara y transparente, incluyendo aspectos de respeto, dignidad, compasión y toma de decisiones. Este énfasis debe ser sistémico e interdisciplinario.

Partiendo de esta base, se debe aclarar que el movimiento de calidad y seguridad del paciente se generó en dos departamentos de la Organización y no en las estructuras de apoyo específicas que luego se crearon para trabajar en pos de estos objetivos. Ellas son una consecuencia positiva del movimiento originado en estos departamentos pioneros. Los claros

beneficios observados llevaron a la Dirección a intentar repetir la experiencia en departamentos con características similares, fortaleciéndola con una aproximación institucional brindada por estructuras específicas abocadas a tal fin.

El efecto de estas estructuras fue principalmente destacado en las tres dimensiones que indagan sobre la Organización, con su alto porcentaje de aumento, modificando en manera directa e indirecta a las restantes dimensiones. Es destacable que prácticamente todos los encuestados notasen una mejora en la seguridad del paciente en su departamento y en la Organización. Esto se respalda con la triangulación realizada en base a la información obtenida en las entrevistas y grupos focales. Los mandos medios entrevistados evaluaron favorablemente el accionar del DCMP y la EDS como generadores de estadísticas y nexo para implementación de mejoras interdepartamentales.

Debido a la ausencia de un plan global de mejora de la calidad, las modificaciones realizadas por el DCMP fueron puntuales y orientadas a ayudar al plan general de digitalización. Esto tuvo como consecuencia un avance desigual en la cultura de seguridad del paciente e hizo emerger problemas latentes ocultos bajo la informalidad y la falta de protocolización. El grupo tradicionalmente más reacio a aceptar cambios provenientes de terceros, los profesionales Médicos, fueron dejados de lado y esto se observó en los resultados cuantitativos y en los comentarios cualitativos. Los resultados más negativos se registraron entre los Residentes, fundamentados en la ausencia total de implementaciones y de un sentido de pertenencia a la Organización. Como contrapartida, los Enfermeros -que recibieron la mayoría de las implementaciones- y los Técnicos se beneficiaron por la protocolización generada.

Como objetivo móvil, inalcanzable, la seguridad del paciente tiene amplio espacio de crecimiento dentro de la Organización. Uno de los principales incidentalomas de diseño generados por la creación de estos departamentos, que deberá ser analizado prontamente, es la falta de apropiación de la responsabilidad por la mejora de la cultura. Existe la sensación de que el DCMP, o la EDS para los enfermeros, son los encargados de hacer el trabajo relativo a la mejora de la seguridad del paciente. Esta perspectiva difiere de lo planteado como óptimo en la literatura y no es compatible con las necesidades de una organización de salud actual. Se debe enfrentar este problema con rapidez para evitar que se repita una situación similar a lo sucedido en el departamento de Laboratorio, pero a escala institucional.

Desde el punto inicial de partida de este Estudio –cuando el impulso original, individual, generativo del movimiento se había disipado- hasta la etapa final, se puede realizar un balance ampliamente positivo de los cambios en la calidad medida desde la percepción de

cultura de seguridad del paciente que tienen los empleados, especialmente en los aspectos referidos a la mejora continua y la coordinación y a la generación de indicadores estadísticos. A través de las mejoras y la obtención de certificaciones en calidad se construyen los fundamentos para avanzar hacia una mejor seguridad del paciente, sirviendo éstas de hito intermedio (un proceso de calidad no es necesariamente seguro, ver punto 3.4). En los departamentos alcanzados por el DCMP y la EDS, los empleados de primera línea observan ahora los primeros resultados cuantitativos que demuestran que el cambio va en la dirección correcta. En aquellos departamentos donde la certificación internacional es una realidad desde hace varios años, se expresan intenciones de mejora continua, se proponen soluciones y se reconocen las falencias internas y externas. La idea y los ajustes necesarios para obtener la certificación, crearon la necesidad del cambio, que fue tomada y magnificada por las estructuras de apoyo específicas implementadas, logrando una sinergia que se mantendrá en el tiempo e institucionalizará el movimiento constante de búsqueda de la seguridad del paciente.

7.2 Líneas de investigación futuras

Esta investigación servirá como punto de partida y guía para aquellas organizaciones de salud medianas del interior argentino que deseen comenzar a transitar el camino de la cultura de seguridad del paciente. El significativo avance de la organización estudiada en el último lustro deja abierta la puerta para profundizar en las siguientes líneas de investigación:

1. La estructuración tradicional de las organizaciones de salud y las fallas en la comunicación que acarrea.
2. La importancia de la educación en habilidades blandas referidas a la calidad y la seguridad del paciente. Esto tanto en las organizaciones de salud como en los currículos de las universidades.
3. La independencia de la profesión médica y el cambio de paradigma necesario para afrontar la cosmovisión de trabajo en equipo necesaria para generar una cultura de seguridad en la actualidad.
4. El miedo a reportar y los sistemas de reporte locales que ayudan a sobreponerse a la tradición. El cambio de actitud para hacer del reporte una actividad activa y no pasiva.
5. Realizar y relacionar futuros casos de estudio similares para poder comenzar a generalizar conclusiones.
6. Indagar sobre los motivadores de los directivos para comenzar procesos de mejora, definiendo aquellos intrínsecos al ser fundamental de la ciencia médica (sanar

pacientes) y los extrínsecos del entorno, relacionados al isomorfismo institucional regulatorio que la globalización trae sobre las organizaciones, especialmente de salud, en las últimas décadas.

7. Generar estadísticas a nivel nacional, con herramientas de medición aplicables al ámbito local. La falta de políticas macro nacionales y provinciales para fomentar la mejora continua en seguridad del paciente, la creación de sistemas de gobernanza centrados en el paciente y de agencias que tomen la responsabilidad de generar estándares y certificar a las instituciones de salud argentinas.
8. Un estudio profundo y abarcante sobre la incompatibilidad de la estructura clásica empírica de enseñanza de la medicina con las técnicas modernas, más efectivas, de educación; especialmente en las residencias donde se recarga al más inexperto con la mayor responsabilidad.

Por último, líneas de investigación similares a las señaladas podrían extenderse a todo el ámbito de organizaciones de salud latinoamericanas, dado que la realidad expuesta en este trabajo probablemente no sea exclusiva de las organizaciones del interior de nuestro país.

Referencias

- Aboul-Fotouh, A., Ismail, N., Ez Elarab, H. y Wassif, G. (2012). Assessment of patient safety culture among healthcare providers at a teaching hospital in Cairo, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 18(4), 372–377. <https://doi.org/10.26719/2012.18.4.372>
- Abrantes, S. (2007). *Acreditação em Organizações Hospitalares* [Tesis de Maestría]. Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Academia Nacional de Medicina. (2014). *Seguridad del Paciente y Error en Medicina: Información Institucional*. <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/institucional.asp>
- ACSA. (2016). *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/>
- Agency for Healthcare Research and Quality (Ed.). (2012). *SOPS Research Datasets*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/sops/databases/research-datasets.html>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2017). *Draft Final Report Estimating the Additional Hospital Inpatient Cost and Mortality Associated with Selected Hospital Acquired Conditions*. Rockville, MD. University of Chicago.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019a). *SOPS Hospital Survey Items and Composites: Version: 1.0 Language: Spanish*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/sops/international/index.html>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019b). *Transitioning to the SOPS Hospital Survey Version 2.0: What's Different and What To Expect, Part I: Main Report*. AHRQ. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hsops2-pt1-transition-updated.pdf>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (Marzo 2020). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
- Al Attal, Z. (2009). *Factors Affecting the Implementation of Joint Comission International Standards in United Arab Emirates Hospitals* [Tesis Doctoral]. University of Salford, Salford, UK.
- Al-Mandhari, A., Al-Zakwani, I., Al-Kindi, M., Tawilah, J., Dorvlo, A. y Al-Adawi, S. (2014). Patient safety culture assessment in Oman. *Oman Medical Journal*, 29(4), 264–270. <https://doi.org/10.5001/omj.2014.70>

- Amalberti, R., Auroy, Y., Berwick, D. y Barach, P. (2005). Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Annals of Internal Medicine*, 142(9), 756.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-142-9-200505030-00012>
- Arce, H. (2001). *La calidad en el territorio de la salud*. Ediciones del autor.
- Arenas-Gutiérrez, W., Garzón-Salamanca, J., Gonzalez-Vega, L. y Mateus-Galeano, E. (2010). *Cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en instituciones de nivel III en Bogotá* [Tesis de Grado]. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Armitage, G. (2009). Human error theory: Relevance to nurse management. *Journal of Nursing Management*, 17(2), 193–202. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00970.x>
- Armitage-Chan, E. (2014). Human factors, non-technical skills, professionalism and flight safety: Their roles in improving patient outcome. *Veterinary Anaesthesia and Analgesia*, 41(3), 221–223. <https://doi.org/10.1111/vaa.12126>
- Arpí, L., Panattieri, N., Godio, C., Sabio Paz, V. y Dackiewicz, N. (2017). Diagnóstico de situación de seguridad del paciente en Argentina. Estudio transversal. *Archivos argentinos de pediatría*, 115(1), 82–88. <https://doi.org/10.5546/aap.2017.82>
- Arslan, S., Cetisli, N., Bakan, G. y Erkan, S. (2015). Patient safety culture of health professionals. *Gaziantep Medical Journal*, 21(2), 78. <https://doi.org/10.5455/GMJ-30-170191>
- Audet, A., Raju, R., Jacobs, C., Schick, J. y Aviles, A. (2008). Transparency as a pillar of a quality and safety culture: The experience of the New York City Health and Hospitals Corporation. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34(12), 707–712. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(08\)34093-8](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(08)34093-8)
- Avramchuk, A. y McGuire, S. (2018). Patient safety climate: A study of Southern California Healthcare Organizations. *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives*, 63(3), 175–192. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-16-00004>
- Bae, S. y Fabry, D. (2014). Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: Systematic literature review. *Nursing Outlook*, 62(2), 138–156. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2013.10.009>
- Bagnasco, A., Tibaldi, L., Chirone, P., Chiaranda, C., Panzone, M., Tangolo, D., Aleo, G., Lazzarino, L. y Sasso, L. (2011). Patient safety culture: An Italian experience. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7-8), 1188–1195. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03377.x>

- Barbosa-Ramírez, L., Cárdenas-Clavijo, E., García-Castillo, L., More-Paz, L. y Muñoz-Ortega, M. (2008). Establecimiento de una línea base de la cultura de seguridad de los pacientes en un hospital universitario en Bogotá. *Revista Iberoamericana De Psicología: Ciencia Y Tecnología*, 1, 19–28.
- Barley, S. (1990). Images of imaging: Notes on doing longitudinal field work. *Organization Science*, 1(3), 220–247. <https://doi.org/10.1287/orsc.1.3.220>
- Bell, S. y Martínez, W. (2018). Every patient should be enabled to stop the line. *BMJ Quality & Safety*. Publicación en línea avanzada. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008714>
- Bellou, V. (2008). Identifying organizational culture and subcultures within Greek public hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 22(5), 496–509. <https://doi.org/10.1108/14777260810898714>
- Berwick, D., Shojania, K. y Atchinson, B. (2015). *Free from harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err is Human*. Boston, Ma. National Patient Safety Foundation.
- Bethune, R., Canter, R. y Abrams, P. (2012). What do surgical trainees think about patient safety culture, and is this different from their consultants? *Clinical Risk*, 18(2), 52–57. <https://doi.org/10.1258/cr.2012.011043>
- Braithwaite, J., Greenfield, D., Westbrook, J., Pawsey, M., Westbrook, M., Gibberd, R., Naylor, J., Nathan, S., Robinson, M., Runciman, B., Jackson, M., Travaglia, J., Johnston, B., Yen, D., McDonald, H., Low, L., Redman, S., Johnson, B., Corbett, A., . . . Lancaster, J. (2010). Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: A blinded, random, stratified study. *Quality and Safety in Health Care*, 19(1), 14–21. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.033928>
- Braithwaite, J., Westbrook, M. y Travaglia, J. (2008). Attitudes toward the large-scale implementation of an incident reporting system. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 20(3), 184–191. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn004>
- Bryman, A. y Bell, E. (2003). *Business research methods*. Oxford University Press.
- Cabrera-Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1), 61–71.

- Campione, J. y Famolaro, T. (2018). Promising practices for improving hospital patient safety culture. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(1), 23–32. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.09.001>
- Campos-Castolo E., Martínez-López J, Chavarría-Islas R. (2010). Encuesta exploratoria sobre seguridad de los pacientes en médicos internos de pregrado. *CONAMED*, 15(3), 116–124.
- Carayon, P. y Wood, K. (2009). Patient Safety: The role of human factors and systems engineering. *Information Knowledge System Management*, 8, 23–46.
- Carroll, J. y Rudolph, J. (2006). Design of high reliability organizations in health care. *Quality & Safety in Health Care*, 15-1, i4-9. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015867>
- Carvalho, P., Göttems, L., Pires, M. y Oliveira, M. (2015). Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 23(6), 1041–1048. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0669.2647>
- Charan, R. (2006). La guía de Home Depot para un cambio cultural. *Harvard Business Review América Latina*, 146(6).
- Charles, K., McKee, L. y McCann, S. (2011). A quest for patient-safe culture: Contextual influences on patient safety performance. *Journal of Health Services Research & Policy*, 16 Suppl 1, 57–64. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2011.010093>
- Chassin, M. y Loeb, J. (2013). High-reliability health care: Getting there from here. *The Milbank Quarterly*, 91(3), 459–490. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12023>
- Chen, I. y Li, H. (2010). Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research*, 10, 152. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-152>
- Christensen, R. y Edwards, A. (Marzo 2018). *Share Decision-Making Leads to Better Decisions and Improves Patient Relationships*. https://www.healthcatalyst.com/success_stories/shared-decision-making-allina-health
- Clarkson, P., Buckle, P., Coleman, R., Stubbs, D., Ward, J., Jarrett, J., Lane, R. y Bound, J. (2004). Design for patient safety: A review of the effectiveness of design in the UK health service. *Journal of Engineering Design*, 15(2), 123–140. <https://doi.org/10.1080/09544820310001617711>

- Codermatz, M., Trillo, C., Berenstein, G. y Ortiz, Z. (2006). Evidencia para mitigar errores en la práctica clínica y sanitaria: Una revisión de la literatura científica argentina. *Medicina*, 66(5), 427–432.
- Cook, R. (2000). Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ*, 320(7237), 791–794. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.791>
- Cooke, H. (2009). Theories of risk and safety: What is their relevance to nursing? *Journal of Nursing Management*, 17(2), 256–264. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00994.x>
- Cooper, J., Edwards, A., Williams, H., Sheikh, A., Parry, G., Hibbert, P., Butlin, A., Donaldson, L. y Carson-Stevens, A. (2017). Nature of blame in patient safety incident reports: Mixed methods analysis of a national database. *Annals of Family Medicine*, 15(5), 455–461. <https://doi.org/10.1370/afm.2123>
- Curran, C. y Totten, M. (2011). Governing for improved quality and patient safety. *Nursing Economics*, 29(1), 38–41.
- da Silva, B. y Krishnamurthy, M. (2016). The alarming reality of medication error: A patient case and review of Pennsylvania and National data. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, 6(4). <https://doi.org/10.3402/jchimp.v6.31758>
- Dentch, M. P. (2017). *The ISO 9001:2015 implementation handbook: Using the process approach to build a quality management system*. ASQ Quality Press.
- Despins, L., Scott-Cawiezell, J. y Rouder, J. (2010). Detection of patient risk by nurses: A theoretical framework. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 465–474. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05215.x>
- Dixon-Woods, M. (2010). Why is patient safety so hard? A selective review of ethnographic studies. *Journal of Health Services Research & Policy*, 15 Suppl 1, 11–16. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2009.009041>
- Donaldson, L. (2002). An organisation with a memory. *Clinical Medicine*, 2(5), 452–457. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.2-5-452>
- Donaldson, M. (2008). Chapter 3. An overview of To Err is Human: Re-emphasizing the message of patient safety. En R. Hughes (Ed.), *AHRQ publication: no. 08-0043. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (Vol. 1, pp. 37–45). Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Dept. of Health and Human Services.

- Doyle, C., Lennox, L. y Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
- Duckett, S. J. (1983). Changing hospitals: The role of hospital accreditation. *Social Science & Medicine*, 17(20), 1573–1579. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90102-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90102-8)
- Easterby-Smith, M., Thorpe, R. y Jackson, P. (2015). *Management and Business Research*. Sage.
- Edmondson, A., Bohmer, R. y Pisano, G. (2001). Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals. *Administrative Science Quarterly*, 46(4), 685. <https://doi.org/10.2307/3094828>
- Edwards, B. y Furlan, G. (2010). How to apply the human factor to periodic safety update reports. *Drug Safety*, 33(10), 811–820. <https://doi.org/10.2165/11537620-000000000-00000>
- Eggertson, L. (2014). How studying human factors improves patient safety. *Canadian Nurse*, 110(2), 25–29.
- Eidesen, K., Sollid, S. y Aven, T. (2009). Risk assessment in critical care medicine: a tool to assess patient safety. *Journal of Risk Research*, 12(3-4), 281–294. <https://doi.org/10.1080/13669870802456914>
- El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M. y Hemadeh, N. (2011). Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research*, 11, 45. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-45>
- El-Jardali, F., Jamal, D., Dimassi, H., Ammar, W. y Tchaghchaghian, V. (2008). The impact of hospital accreditation on quality of care: Perception of Lebanese nurses. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 20(5), 363–371. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn023>
- El-Jardali, F., Sheikh, F., Garcia, N., Jamal, D. y Abdo, A. (2014). Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: Baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Services Research*, 14, 122. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-122>
- Ellaway, R. (2013). Turning a "human factors" lens on medical education. *Medical Teacher*, 35(12), 1057–1059. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.852396>

- Etchegaray, J. y Thomas, E. (2012). Comparing two safety culture surveys: Safety attitudes questionnaire and hospital survey on patient safety. *BMJ Quality & Safety*, 21(6), 490–498. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000449>
- Falco, E. (2020). Confesando (y previniendo) nuestros errores. *Revista Chilena de Seguridad del Paciente*, 3(2), 28–36.
- Falco, K. (2013). *Perceptions of Hospital Patient Safety Culture in Department of Veterans Affairs Station 593 Southern Nevada* [Tesis Doctoral]. University of Nevada, Las Vegas.
- Farnan, J., Johnson, J., Meltzer, D., Humphrey, H. y Arora, V. (2008). Resident uncertainty in clinical decision making and impact on patient care: A qualitative study. *Quality & Safety in Health Care*, 17(2), 122–126. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023184>
- Fassio, A. y Pascual, L. (2015). *Apuntes para desarrollar una investigación en el campo de la administración y el análisis organizacional* (1a ed.). Material de cátedra. Facultad de Ciencias económicas. EUDEBA.
- Fenningkoh, L. (2005). Human factors and the control of medical error. *Biomedical Instrumentation and Technology*, 39(4), 307–312.
- Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S. y Robertson, E. (2006). Measuring safety climate in health care. *Quality & Safety in Health Care*, 15(2), 109–115. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014761>
- Flin, R., Winter, J., Sarac, C. y Raduma, M. (2009). Human factors in patient safety: Review of topics and tools. *World Health*, 2, 1–63.
- Frush, K. (2008). Fundamentals of a patient safety program. *Pediatric Radiology*, 38 Suppl 4, S685-9. <https://doi.org/10.1007/s00247-008-0882-1>
- Fryer, L. (2012). Human factors in nursing, the time is now. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 56–65.
- Gaal, S., Verstappen, W. y Wensing, M. (2011). What do primary care physicians and researchers consider the most important patient safety improvement strategies? *BMC Health Services Research*, 11, 102. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-102>
- Gaba, D. (2000). Structural and organizational issues in patient safety: A comparison of health care to other high-hazard industries. *California Management Review*, 43(1), 83–102. <https://doi.org/10.2307/41166067>
- García-Elorrio, E. (2010). La hora de la seguridad de los pacientes. *Evidencia*, 13(1), 1–3.

- Garon, M. (2012). Speaking up, being heard: Registered nurses' perceptions of workplace communication. *Journal of Nursing Management*, 20(3), 361–371.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01296.x>
- Gershon, R., Stone, P., Bakken, S. y Larson, E. (2004). Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 34(1), 33–40. <https://doi.org/10.1097/00005110-200401000-00008>
- Gherardi, C. (2005). ¿Es posible un nuevo modelo de hospital universitario? Sin temor a los cambios. *Encrucijadas*, 31.
- Ginsburg, L., Chuang, Y., Berta, W., Norton, P., Ng, P., Tregunno, D. y Richardson, J. (2010). The relationship between organizational leadership for safety and learning from patient safety events. *Health Services Research*, 45(3), 607–632.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01102.x>
- Giraldo-Arango, P. y Montoya-Romero, M. (2013). *Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente en un Hospital de Antioquia, Colombia* [Tesis de Maestría en Administración en Salud]. Universidad CES, Medellín.
- Glover, M., Khalilzadeh, O., Choy, G., Prabhakar, A., Pandharipande, P. y Gazelle, G. (2015). Hospital evaluations by social media: A comparative analysis of Facebook ratings among performance outliers. *Journal of General Internal Medicine*, 30(10), 1440–1446.
<https://doi.org/10.1007/s11606-015-3236-3>
- Goldmann, D. y Kaushal, R. (2002). Time to tackle the tough issues in patient safety. *Pediatrics*, 110(4), 823–826. <https://doi.org/10.1542/peds.110.4.823>
- Gómez Ramírez, O., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E. y Soto Gámez, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia Y Enfermería*, 17(3), 97–111.
<https://doi.org/10.4067/S0717-95532011000300009>
- Goodman, G. (2003). A fragmented patient safety concept: The structure and culture of safety management in healthcare. *Hospital Topics*, 81(2), 22–29.
<https://doi.org/10.1080/00185860309598018>
- Gopher, D. (2004). Human factors and safety in medical systems. *Biomedical Instrumentation and Technology*, 38(5), 387–391.

- Gordon, M., Darbyshire, D. y Baker, P. (2012). Non-technical skills training to enhance patient safety: A systematic review. *Medical Education*, 46(11), 1042–1054. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04343.x>
- Greenfield, D. y Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 20(3), 172–183. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn005>
- Griffiths, A. y Leaver, M. (2018). Wisdom of patients: Predicting the quality of care using aggregated patient feedback. *BMJ Quality & Safety*, 27(2), 110–118. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-006847>
- Groves, P., Meisenbach, R. y Scott-Cawiezell, J. (2011). Keeping patients safe in healthcare organizations: A structuration theory of safety culture. *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), 1846–1855. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05619.x>
- Guillod, O. (2013). Medical error disclosure and patient safety: Legal aspects. *Journal of Public Health Research*, 2(3), e31. <https://doi.org/10.4081/jphr.2013.e31>
- Halligan, M. y Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: A review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality & Safety*, 20(4), 338–343. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>
- Hamui-Sutton, A., Vives-Varela, T., Gutiérrez-Barreto, S., Castro-Ramírez, S., Lavalle-Montalvo, C. y Sánchez-Mendiola, M. (2014). Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas. *Investigación En Educación Médica*, 3(10), 74–84. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(14\)72730-9](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(14)72730-9)
- Haugen, A. S., Sjøteland, E., Eide, G., Nortvedt, M., Aase, K. y Harthug, S. (2010). Patient safety in surgical environments: Cross-countries comparison of psychometric properties and results of the Norwegian version of the Hospital Survey on Patient Safety. *BMC Health Services Research*, 10, 279. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-279>
- Haughon, J. (Enero 2017). *Five Deming Principles that Help Healthcare Process Improvement*. <https://www.healthcatalyst.com/insights/5-Deming-Principles-For-Healthcare-Process-Improvement>
- Henriksen, K. y Dayton, E. (2006). Organizational silence and hidden threats to patient safety. *Health Services Research*, 41(4), 1539–1554. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00564.x>

- Hernández-Montes, Y., Valle-Alonso, J., García-Jiménez, C., Lopera-Lopera, E., Luna-Chamizo, R. y Fernández-Bejarano, J. (2013). Cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Sistema Andaluz de Salud. *CONAMED*, 18(4), 148–156.
- Hignett, S., Carayon, P., Buckle, P. y Catchpole, K. (2013). State of science: Human factors and ergonomics in healthcare. *Ergonomics*, 56(10), 1491–1503.
<https://doi.org/10.1080/00140139.2013.822932>
- Hoff, T. y Sutcliffe, K. (2006). Studying patient safety in health care organizations: Accentuate the qualitative. *Journal on Quality and Patient Safety*, 32(1), 5–15.
- Holden, R. y Karsh, B. (2009). A theoretical model of health information technology usage behaviour with implications for patient safety. *Behaviour & Information Technology*, 28(1), 21–38. <https://doi.org/10.1080/01449290601138245>
- Hollnagel, E. (2015). *From Safety-I to Safety-II: a white paper. The Resilient Health Care Net*: Published simultaneously by the University of Southern Denmark, University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia.
- Holme, A. (2009). Exploring the role of patients in promoting safety: Policy to practice. *British Journal of Nursing*, 18(22), 1392–1395.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2009.18.22.45568>
- Hudson, P. (2003). Applying the lessons of high risk industries to health care. *Quality and Safety in Health Care*, 12(90001), 7i-12. https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_1.i7
- Hwang, J. y Park, H. (2014). Nurses' perception of ethical climate, medical error experience and intent-to-leave. *Nursing Ethics*, 21(1), 28–42.
<https://doi.org/10.1177/0969733013486797>
- Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud. (22 de Junio de 2019). *¿Qué es ITAES?* <https://www.itaes.org.ar/SeccionInstitucional.aspx?secId=1>
- Jacobs, R., Mannion, R., Davies, H., Harrison, S., Konteh, F. y Walshe, K. (2013). The relationship between organizational culture and performance in acute hospitals. *Social Science & Medicine* (1982), 76(1), 115–125.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.10.014>
- Jansma, J., Wagner, C. y Bijnen, A. (2010). Residents' intentions and actions after patient safety education. *BMC Health Services Research*, 10, 350. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-350>

- Jaraba Becerril, C., Sartolo Romeo, M., Villaverde Royo, M., Espuis Albas, L. y Rivas Jiménez, M. (2013). Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 36(3), 471–477. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272013000300012>
- Joint Commission International. (2019). *Search for JCI Accredited Organizations*. JCI. [https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Argentina#f:_Facet_Country=\[Argentina\]](https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Argentina#f:_Facet_Country=[Argentina])
- Kachalia, A., Sands, K., van Niel, M., Dodson, S., Roche, S., Novack, V., Yitshak-Sade, M., Folcarelli, P., Benjamin, E., Woodward, A. y Mello, M. (2018). Effects of a communication-and-resolution program on hospitals' malpractice claims and costs. *Health Affairs*, 37(11), 1836–1844. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0720>
- Kahneman, D. y Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47(2), 263. <https://doi.org/10.2307/1914185>
- Kane-Urrabazo, C. (2006). Management's role in shaping organizational culture. *Journal of Nursing Management*, 14(3), 188–194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00590.x>
- Katzenbach, J. (2014). Un cambio cultural que perdura. *Harvard Business Review América Latina*, 72–78.
- Kaufman, G. y McCaughan, D. (2013). The effect of organisational culture on patient safety. *Nursing Standard*, 27(43), 50–56. <https://doi.org/10.7748/ns2013.06.27.43.50.e7280>
- Khatri, N., Baveja, A., Boren, S. y Mammo, A. (2006). Medical errors and quality of care: From control to commitment. *California Management Review*, 48(3), 115-141.
- Khatri, N., Brown, G. y Hicks, L. (2009). From a blame culture to a just culture in health care. *Health Care Management Review*, 34(4), 312–322. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181a3b709>
- Knight, G. R. (2007). *Nuestra organización: ¿aliada o enemiga de la gran comisión? Serie legado Adventista*. GEMA Editores; Asociación Publicadora Interamericana.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. y Donaldson, M. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academy Press.
- Koontz, H. (2000). Revisión de la jungla de la teoría administrativa. *Revista De Contaduría Y Administración*, 119, 55–74.

- Kralewski, J., Kaissi, A. y Dowd, B. (2008). Culture as a management tool for medical groups. *The Physician Executive*, 34(5), 12–18.
- Ladenheim, R., Macchiavello, D. y Milberg, M. (2017). Inclusión de la seguridad del paciente en la carrera de Medicina: descripción de la experiencia y percepción de los estudiantes. *Revista de calidad asistencial*, 32(6), 316–321.
<https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.07.002>
- Leape, L. (2008). Scope of problem and history of patient safety. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 35(1), 1-10, vii. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2007.12.001>
- Leape, L. (2016). *Quality & Safety: 'Just Culture' Provides Process to Review, Correct Mistakes for Optimal Patient Care*. College of Medicine Tucson.
<https://deptmedicine.arizona.edu/patient-care/blog/quality-safety-%E2%80%98just-culture%E2%80%99-provides-process-review-correct-mistakes-optimal>
- Li, Y. y Thimbleby, H. (2014). Hot cheese: A processed Swiss cheese model. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 44(2), 116–121.
<https://doi.org/10.4997/JRCPE.2014.205>
- Liu, C., Liu, W., Wang, Y., Zhang, Z. y Wang, P. (2014). Patient safety culture in China: A case study in an outpatient setting in Beijing. *BMJ Quality & Safety*, 23(7), 556–564.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002172>
- Liu, W., Manias, E. y Gerdtz, M. (2011). Understanding medication safety in healthcare settings: A critical review of conceptual models. *Nursing Inquiry*, 18(4), 290–302.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00541.x>
- Longo, D., Hewett, J., Ge, B. y Schubert, S. (2007). Hospital patient safety: Characteristics of best-performing hospitals. *Journal of Healthcare Management*, 52(3), 188–204.
<https://doi.org/10.1097/00115514-200705000-00009>
- Longo, J. y Hain, D. (2014). Bullying: A hidden threat to patient safety. *Nephrology Nursing Journal*, 41(2), 193–200.
- Looseley, A., Hotouras, A. y Keogh, M. (2009). Patient safety and the aviation model: Medicine is still learning. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 21, 131–137.
- Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cox, J. y Guither, C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American Journal of Infection Control*, 30(2), 93–106. <https://doi.org/10.1067/mic.2002.119820>

- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: A review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143–151.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>
- Marx, D. (2001). *Patient safety and the "Just Culture": A primer for health care executives*. New York. National Heart, Lung and Blood Institute.
- Massoud, M., Mensah-Abrampah, N., Sax, S., Leatherman, S., Agins, B., Barker, P., Kelley, E., Heiby, J. y Lotherington, J. (2012). Charting the way forward to better quality health care: How do we get there and what are the next steps? Recommendations from the Salzburg Global Seminar on making health care better in low- and middle-income economies. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 24(6), 558–563. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs062>
- Mayer, C. y Cronin, D. (2008). Organizational accountability in a just culture. *Urology Nursing*, 28(6), 427-430.
- McCaughan, D. y Kaufman, G. (2013). Patient safety: threats and solutions. *Nursing Standard*, 27(44), 48–55. <https://doi.org/10.7748/ns2013.07.27.44.48.e7580>
- McFadden, K., Stock, G. y Gowen, C. (2006). Implementation of patient safety initiatives in US hospitals. *International Journal of Operations & Production Management*, 26(3), 326–347. <https://doi.org/10.1108/01443570610651052>
- Mendizabal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa* (1ª ed., pp. 65–105). Gedisa.
- Millar, R., Mannion, R., Freeman, T. y Davies, H. (2013). Hospital board oversight of quality and patient safety: A narrative review and synthesis of recent empirical research. *The Milbank Quarterly*, 91(4), 738–770. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12032>
- Ministerio de Salud. (2017). *Garantía de calidad de la atención médica*.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica>
- Mintzberg, H. (2012). *La estructuración de las organizaciones*. Ed. Ariel.
- Mintzberg, H. (2018). Managing the myths of health care. En P. Adinolfi y E. Borgonovi (Eds.), *The Myths of Health Care* (pp. 3–11). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-53600-2_1
- Mitchel, P. H. (2008). Chapter 1. Defining patient safety and quality care. En R. Hughes (Ed.), *AHRQ publication: no. 08-0043. Patient safety and quality: An evidence-based*

- handbook for nurses* (Vol. 1, pp. 1–5). Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Dept. of Health and Human Services.
- Montgomery, A., Todorova, I., Baban, A. y Panagopoulou, E. (2013). Improving quality and safety in the hospital: The link between organizational culture, burnout, and quality of care. *British Journal of Health Psychology*, 18(3), 656–662.
<https://doi.org/10.1111/bjhp.12045>
- Morag, I., Gopher, D., Spillinger, A., Auerbach-Shpak, Y., Laufer, N., Lavy, Y., Milwidsky, A., Feigin, R., Pollack, S., Maza, I., Azzam, Z., Admi, H. y Soudry, M. (2012). Human factors-focused reporting system for improving care quality and safety in hospital wards. *Human Factors*, 54(2), 195–213.
<https://doi.org/10.1177/0018720811434767>
- Morello, R., Lowthian, J., Barker, A., McGinnes, R., Dunt, D. y Brand, C. (2013). Strategies for improving patient safety culture in hospitals: A systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 22(1), 11–18. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000582>
- Nance, J. (2008). *Why hospitals should fly: The ultimate flight plan to patient safety and quality care*. Second River Healthcare Press.
- Nembhard, I. (2012). All teach, all learn, all improve? The role of interorganizational learning in quality improvement collaboratives. *Health Care Management Review*, 37(2), 154–164. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e31822af831>
- Nie, Y., Mao, X., Cui, H., He, S., Li, J. y Zhang, M. (2013). Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Services Research*, 13, 228. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-228>
- Nieva, V. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 12(90002), 17ii-23.
https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
- Noble Compañía de Seguros. (2017). *El tercer reto por la seguridad del paciente: "Medicación sin daños"*.
- Nolan, T. (2000). System changes to improve patient safety. *BMJ*, 320(7237), 771–773.
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.771>
- Nordin, A., Wilde-Larsson, B., Nordström, G. y Theander, K. (2013). Swedish hospital survey on patient safety culture—Psychometric properties and health care staff's

- perception. *Open Journal of Nursing*, 3(8), 41–50.
<https://doi.org/10.4236/ojn.2013.38A006>
- Norris, B. (2009). Human factors and safe patient care. *Journal of Nursing Management*, 17(2), 203–211. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00975.x>
- Norris, B., Currie, L. y Lecko, C. (2012). The importance of applying human factors to nursing practice. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 26(32), 36–40. <https://doi.org/10.7748/ns2012.04.26.32.36.c9044>
- O'Brien, B, Harris, I., Beckman, T., Reed, D. y Cook, D. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic medicine*, 89(9), 1245-1251.
- O'Daniel, M. y Rosenstein, A. (2008). Chapter 33. Professional communication and team collaboration. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, 271–284.
- Okuyama, A., Wagner, C. y Bijnen, A. (2014). Speaking up for patient safety by hospital based health care professionals. *BMC Health Services Research*, 14(1), 61-79.
- Olden, P. y McCaughrin, W. (2007a). Designing healthcare organizations to reduce medical errors and enhance patient safety. *Hospital Topics*, 85(4), 4–9.
<https://doi.org/10.3200/HTPS.85.4.4-9>
- Olden, P. y McCaughrin, W. (2007b). Designing healthcare organizations to reduce medical errors and enhance patient safety. *Hospital Topics*, 85(4), 4–9.
<https://doi.org/10.3200/HTPS.85.4.4-9>
- Ortiz, Z., Esandi, M., Giorgetti, O., Dieguez, M., Jorge, C. y Trillo, C. (2007). La cultura de seguridad: Estudio realizado en un hospital de Bahía Blanca. *Revista ITAES*, 9(1), 18–25.
- Paccioni, A., Sicotte, C. y Champagne, F. (2008). Accreditation: A cultural control strategy. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(2), 146–158.
<https://doi.org/10.1108/09526860810859012>
- Parkash, V. (2017). *The cost of assuming your doctor knows best*. Boston University.
<http://www.wbur.org/cognoscenti/2017/11/13/diagnostic-medical-error-mistake-vinita-parkash>
- Pauley, J. y Pauley, J. (2012). *Establishing a culture of patient safety: Improving communication, building relationships, and using quality tools*. ASQ Quality Press.

- Pedraza-Álvarez, L., Obispo-Salazar, K., Vásquez-González, L. y Gómez-Gómez, L. (2015). Cultura organizacional desde la teoría de Edgar Schein: Estudio fenomenológico. *Clío América*, 9(17), 17. <https://doi.org/10.21676/23897848.1462>
- Perrow, C. (1984). *Normal accidents: Living with high-risk technologies*. Princeton paperbacks. Princeton University Press.
- Pomey, M., Contandriopoulos, A., François, P. y Bertrand, D. (2004). Accreditation: A tool for organizational change in hospitals? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(3), 113–124. <https://doi.org/10.1108/09526860410532757>
- Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias. (2019). *Infecciones Hospitalarias*. <http://siswep.anlis.gov.ar/archivos/informesconsolidados/Informe-Estudio-Nacional-de-Prevalencia-de-IACS-de-Hospitales-de-Argentina-2016.pdf>
- Ralston, J. y Larson, E. (2005). Crossing to safety: Transforming healthcare organizations for patient safety. *Journal of Postgraduate Medicine*, 51(1), 61–67.
- Ramanujam, R., Abrahamson, K. y Anderson, J. (2008). Influence of workplace demands on nurses' perception of patient safety. *Nursing & Health Sciences*, 10(2), 144–150. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00382.x>
- Ramos, F., Coca, S. y Abeldaño, R. (2017). Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería Universitaria*, 14(1), 47–53. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.12.004>
- Ramussen, J. (1979). *On the structure of knowledge: A morphology of models in a man-machine system context*. Risø-M. 2192. Risø National Laboratory.
- Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge University Press.
- Reason, J. (2016). *Organizational accidents revisited*. CRC Press. <https://doi.org/10.4324/9781315562841>
- Reason, J., Hollnagel, E. y Paries, J. (2006). Revisiting the Swiss cheese model of accidents. *Journal of Clinical Engineering*, 27(4), 110–115.
- Reid, J. y Bromiley, M. (2012). Clinical human factors: The need to speak up to improve patient safety. *Nursing Standard*, 26(35), 35–40. <https://doi.org/10.7748/ns2012.05.26.35.35.c9084>
- Rich, V. (2008). Creation of a patient safety culture: A nurse executive leadership imperative. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, 2.

- Richardson, A. y Storr, J. (2010). Patient safety: A literature corrected review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. *International Nursing Review*, 57(1), 12–21. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00757.x>
- Roberts, K. (2009). Managing the unexpected: Six years of HRO-Literature reviewed. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 17(1), 50–54. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5973.2009.00564.x>
- Ruiz, U. y Simon, J. (2004). Quality management in health care: a 20-year journey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(6), 323–333. <https://doi.org/10.1108/09526860410557570>
- Rutherford, P., Provost, L., Kotagal, U., Luther, K. y Anderson, A. (2017). *Achieving Hospital-wide Patient Flow*. Cambridge, MA. Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare.
- Salmon, J., Heavens, J., Lombard, C. y Tavrow, P. (2003). The impact of accreditation on the quality of hospital care: KwaZulu-Natal province Republic of South Africa. *Operations Research Results*, 2(17).
- Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., Mains, D. y Lackan, N. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship : An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 42(2), 156–165. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>
- Saturno, P., Gama, Z., Sousa, S., Oliveira, A., Miranda, Y. y Ferreira, M. (2009). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español*. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Schein, E. (2010). *Organizational culture and leadership* (4th ed.). Jossey-Bass.
- Schutz, A., Counte, M. y Meurer, S. (2007). Assessment of patient safety research from an organizational ergonomics and structural perspective. *Ergonomics*, 50(9), 1451–1484. <https://doi.org/10.1080/00140130701346765>
- Scott, I., Poole, P. y Jayathissa, S. (2008). Improving quality and safety of hospital care: A reappraisal and an agenda for clinically relevant reform. *Internal Medicine Journal*, 38(1), 44–55. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2007.01456.x>
- Scott, T., Mannion, R., Davies, H. y Marshall, M. (2003). Implementing culture change in health care: theory and practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(2), 111–118. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg021>

- Scott, T., Mannion, R., Marshall, M. y Davies, H. (2003). Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. *Journal of Health Services Research & Policy*, 8(2), 105–117. <https://doi.org/10.1258/135581903321466085>
- Severinsson, E. (2013). Patient safety management in the health services: What do patients want? *Journal of Nursing Management*, 21(2), 203–205. <https://doi.org/10.1111/jonm.12074>
- Sexton, J. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: Cross sectional surveys. *BMJ*, 320(7237), 745–749. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.745>
- Sexton, J., Helmreich, R., Neilands, T., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P. y Thomas, E. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6, 44. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>
- Sfantou, D., Laliotis, A., Patelarou, A., Sifaki-Pistolla, D., Matalliotakis, M. y Patelarou, E. (2017). Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare settings: A systematic review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 5(4). <https://doi.org/10.3390/healthcare5040073>
- Sherwood, G. y Zomorodi, M. (2014). A new mindset for quality and safety: The QSEN competencies redefine nurses' roles in practice. *The Journal of Nursing Administration*, 44(10 Suppl), S10-8. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000124>
- Singer, S., Lin, S., Falwell, A., Gaba, D. y Baker, L. (2009). Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Services Research*, 44(2), 399–421. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00918.x>
- Singer, S., Meterko, M., Baker, L., Gaba, D., Falwell, A. y Rosen, A. (2007). Workforce perceptions of hospital safety culture: Development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. *Health Services Research*, 42(5), 1999–2021. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00706.x>
- Singh, N. (2009). On a wing and a prayer: Surgeons learning from the aviation industry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 102(9), 360–364. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2009.090139>
- Sirkin, H. (2005). El lado duro de la gestión del cambio. *Harvard Business Review América Latina*, 3–11.

- Skodová, M., Velasco Rodríguez, M. y Fernández Sierra, M. (2011). Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. *Revista de calidad asistencial*, 26(1), 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.11.005>
- Slawomirski, L., Auraen, A. y Klazinga, N. (Marzo 2017). *The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*. Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Smith, M. y Webster, D. (2009). Using culture and climate to optimize care. *Family Medicine*, 41(3), 208–209.
- Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N. y Behm, J. (2016). *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's guide* (AHRQ Publication No. 15-0049-EF). Agency for Healthcare Research and Quality.
- Spector, C., García-Labandal, L. y Cherjovsky, R. (2014). Seguridad del paciente y error en Medicina: Percepción de los estudiantes de grado. *Revista Argentina de Educación Médica*, 6(2), 72–82.
- Speroff, T., Nwosu, S., Greevy, R., Weinger, M., Talbot, T., Wall, R., Deshpande, J., France, D., Ely, E., Burgess, H., Englebright, J., Williams, M. y Dittus, R. (2010). Organisational culture: Variation across hospitals and connection to patient safety climate. *Quality & Safety in Health Care*, 19(6), 592–596. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.039511>
- SQUIRE. (2020). *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence SQUIRE 2.0*. <http://www.squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&PageID=471>
- Squires, M., Tourangeau, A., Spence Laschinger, H. y Doran, D. (2010). The link between leadership and safety outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 914–925. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01181.x>
- Starling, A. (2017). *Some Assembly Required: Implementing New Models of Care*. London. The Health Foundation.
- Stavrianopoulos, T. (2012). The development of patient safety culture. *Health Science Journal*, 6(2), 201–211.
- Stelfox, H., Palmisani, S., Scurlock, C., Orav, E. y Bates, D. (2006). The "To Err is Human" report and the patient safety literature. *Quality & Safety in Health Care*, 15(3), 174–178. <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.017947>

- Stichler, J. (2011). Patient safety as the number one priority in healthcare design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 5(1), 73–76.
<https://doi.org/10.1177/193758671100500107>
- Stichler, J. (2013). Considering human factors when designing for safety. *Health Environments Research & Design*, 6(3), 6–8. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2010.01442.x>
- Stock, B. (1996). *Alexander Fleming: un caso de innovación en administración y arquitectura hospitalaria* [Tesina de Grado]. Universidad de San Andrés, Buenos Aires.
- Stone, P., Mooney-Kane, C., Larson, E., Horan, T., Glance, L., Zwanziger, J. y Dick, A. (2007). Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Medical Care*, 45(6), 571–578.
- Strebel, P. (2009). Secuenciar el cambio para lograr un mejor rendimiento. *Harvard Deusto Business Review*, 179, 10–16.
- Sutcliffe, K. (2011). High reliability organizations (HROs). *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 133–144. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2011.03.001>
- Tamuz, M. y Thomas, E. (2006). Classifying and interpreting threats to patient safety in hospitals: insights from aviation. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 919–940.
<https://doi.org/10.1002/job.419>
- Teleki, S., Damberg, C., Sorbero, M., Shaw, R., Bradley, L., Quigley, D., Fremont, A. y Farley, D. (2009). Training a patient safety work force: The Patient Safety Improvement Corps. *Health Services Research*, 44(2p2), 701–716. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00927.x>
- Thomassen, Ø., Storesund, A., Sjøfteland, E. y Brattebø, G. (2014). The effects of safety checklists in medicine: A systematic review. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58(1), 5–18. <https://doi.org/10.1111/aas.12207>
- Tingle, J. (2011). Tooling up for patient safety: 'seeing is believing'. *British Journal of Nursing*, 20(18), 1208–1209. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.18.1208>
- Toziano, R., Walter, J., Brulc, A., Navia, M., Quintana, S. y Flores, A. (2004). Perfil sociodemográfico y de la atención de pacientes oncológicos provenientes de cinco provincias en un hospital de atención terciaria. *Archivo Argentino De Pediatría*, 102(4), 301–307.

- Tsai, Y. (2011). Relationship between organizational culture, leadership behavior and job satisfaction. *BMC Health Services Research*, 11, 98. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-98>
- Tucker, A. y Edmonson, A. (2003). Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review*, 45(2), 55-72.
- Turunen, H., Partanen, P., Kvist, T., Miettinen, M. y Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Patient safety culture in acute care: A web-based survey of nurse managers' and registered nurses' views in four Finnish hospitals. *International Journal of Nursing Practice*, 19(6), 609–617. <https://doi.org/10.1111/ijn.12112>
- Ulrich, B. y Kear, T. (2014). Patient safety and Patient safety culture: Foundations of excellent health care delivery. *Nephrology Nursing Journal*, 41(5), 447–456.
- Universidad del Salvador. (2013). *Educando futuros líderes en seguridad del paciente. Lanzamiento de la Guía Multiprofesional en Seguridad del Paciente OMS*. http://medi.usal.edu.ar/archivos/medi/imagenes/introduccion_jcm_a_la_guia_curricular.pdf
- University of Kansas Health System. (2017). *Machine Learning, Predictive Analytics, and Process Redesign Reduces Readmission Rates by 50 percent*. <https://downloads.healthcatalyst.com/wp-content/uploads/2017/12/Machine-Learning-Predictive-Analytics-and-Process-Redesign-Reduces-Readmission-Rates-by-50-Percent.pdf>
- van de Ven, A. y Poole, M. (2005). Alternative approaches for studying organizational change. *Organization Studies*, 26(9), 1377–1404. <https://doi.org/10.1177/0170840605056907>
- van Pelt, F. (2008). Peer support: Healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Quality & Safety in Health Care*, 17(4), 249–252. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.025536>
- Vertel, A., Paternina, C., Riaño, H. y Pereira, J. (2013). Cultura organizacional: evolución en la medición. *Estudios Gerenciales*, 29(128), 350–355. <https://doi.org/10.1016/j.estger.2013.09.009>
- Vincent, C. (2010). *Patient safety* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.

- Vincent, C. y Amalberti, R. (2015). *Seguridad del paciente: Estrategias para una asistencia sanitaria más segura*. Modus Laborandi.
- Vincent, C. y Amalberti, R. (2016). *Safer healthcare: Strategies for the real world*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-25559-0>
- Vitolo, F. (2010). *Error médico y seguridad del paciente*. Buenos Aires. Noble Compañía de Seguros.
- Vitolo, F. (2015). *Cultura justa: El equilibrio entre lo no punitivo y lo disciplinario*. Buenos Aires. Noble Compañía De Seguros.
- Vogus, T., Sutcliffe, K. y Weick, K. (2010). Do no harm: Enabling, enacting, and elaborating a culture of safety in health care. *Academy of Management Perspectives*, 24(4), 60–77.
- Walter, J. (2009). Calidad certificada en un colegio privado agrotécnico de Argentina: Reflexiones sobre una experiencia. En F. Mariñez Navarro y V. Garza Cantu (Eds.), *Serie Políticas públicas. Política pública y democracia en América Latina: Del análisis a la implementación* (1ª ed., pp. 183–209). Tecnológico de Monterrey Escuela de Graduados en Administración Pública y Política Pública; Centre d'études et de recherche Amérique Latine-Europe ESCP-EAP European School of Management; Miguel Ángel Porrua.
- Walter, J. (01/2021). *How to break the silence of subcontractors*. Centro de Investigaciones por una Cultura de Seguridad de la Escuela de Administración y Negocios de la Universidad de San Andrés.
- Walter, J. y Bez, Z. (2019). *De la burocracia a la organización red: Conceptos y casos prácticos* (1a ed.). *Serie Escenarios internacionales*. Lenguaje Claro.
- Walter, J. y Gore, E. (25- 27 de setiembre de 1996). *¿Una vidriera espejada? Modernización tecnológica sistémica y nuevas tecnologías educativas en una empresa telefónica privatizada de la Argentina*. UAM-X. Congreso Internacional sobre Aprendizaje Tecnológico, Innovación y Política Industrial: Experiencias Nacionales e Internacionales, México D.F.
- Walter, J., Poy, M. y Darmohraj, A. (2010). Seguridad en el trabajo: De la regla certificada a la regla puesta en práctica. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales*, 2(1), 37–59.
- Walter, J. y Pucci, F. (2007). *La gestión del riesgo y las crisis: Personas, culturas organizacionales e instituciones*. El Ateneo.
- Waterson, P. (2009). A critical review of the systems approach within patient safety research. *Ergonomics*, 52(10), 1185–1195. <https://doi.org/10.1080/00140130903042782>

- Weaver, S., Lubomski, L., Wilson, R., Pfoh, E., Martinez, K. y Dy, S. (2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5), 369–375.
- Weinberg, J. (2002). Medical error and patient safety: Understanding cultures in conflict. *Law & Policy*, 24(2), 93–113. <https://doi.org/10.1111/1467-9930.00129>
- Whipple, E., Dixon, B. y McGowan, J. (2013). Linking health information technology to patient safety and quality outcomes: A bibliometric analysis and review. *Informatics for Health & Social Care*, 38(1), 1–14. <https://doi.org/10.3109/17538157.2012.678451>
- White, N. (2012). Understanding the role of non-technical skills in patient safety. *Nursing Standard*, 26(26), 43–48. <https://doi.org/10.7748/ns2012.02.26.26.43.c8972>
- Williams, M. y Reid, J. (2009). Patient safety: Leading improvement. *Nursing Management*, 16(1), 30–34. <https://doi.org/10.7748/nm2009.04.16.1.30.c7007>
- Woodward, S. (2017). *Rethinking patient safety*. CRC Press Taylor & Francis Group.
- Wooten, L. y Crane, P. (2003). Nurses as implementers of organizational culture. *Nursing Economics*, 21(6), 275–279.
- Wynarczyk, H. (2017). *Caja de herramientas para hacer la tesis*. EDICON.
- Yates, S. (2004). *Doing social science research*. Sage.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Sage.
- Zabalúa, E. (2010). *Seguridad del paciente*. Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina.
- Zamanou, S. y Glaser, S. (1994). Moving toward Participation and Involvement. *Group & Organization Management*, 19(4), 475–502. <https://doi.org/10.1177/1059601194194005>
- Zhao, B. y Olivera, F. (2006). Error reporting in organizations. *Academy of Management Review*, 31(4), 1012–1030.

Anexos

Anexo I - Misión, Visión, Políticas de Calidad

Misión:

Promover la salud integral, colaborando en la restauración de la imagen del Creador en el ser humano con medicina de alta calidad”

Visión:

Ser una institución de salud de alcance internacional, reconocida por la excelencia en la prevención, curación y promoción de la salud integral.

Política de Calidad de la Organización:

Estamos dedicados a la prevención, atención, rehabilitación y educación para la salud de las personas.

Buscamos la satisfacción del paciente, su familia y de la comunidad que se vincula con nuestra institución procurando brindar un servicio de excelencia, velando por su seguridad y bienestar, gestionando con permanente innovación y crecimiento.

Nuestro accionar lo fundamentamos en valores surgidos de principios bíblicos resumidos en el amor a Dios y al prójimo y diseñamos, implementamos y mantenemos un sistema de gestión de calidad eficiente y dinámico de acuerdo con los requisitos de normas nacionales e internacionales.

Nos comprometemos a su cumplimiento a través de la participación e identificación de todo el personal, para lograr la mejora continua.

Anexo II – Datos mundiales sobre epidemia de seguridad

País / Región	Número de muertes por año relacionadas a eventos adversos	Cantidad o porcentaje de errores adversos	Errores en medicación hospitalaria	Bibliografía
Estados Unidos	400.000		+1.000.000 (más de 7.000 muertes)	Avramchuk y McGuire, 2018; Ulrich y Kear, 2014; Sherwood y Zomorodi, 2014; da Silva y Krishnamurthy, 2016
Canadá	23.000	185.000		Eggertson, 2014; Slawomirski et al., 2017
Reino Unido	300.000			Bethune et al., 2012; White, 2012
Italia		4%		Bagnasco et al., 2011
España		9,3%-12%		Hernández-Montes et al., 2013; Jaraba Becerril et al., 2013
Finlandia		1.500		Turunen et al., 2013
Europa		10%		Bagnasco et al., 2011
Egipto		34%		Aboul-Fotouh et al., 2012
África		18.2%		Slawomirski et al., 2017
Península arábica		10%		Al-Mandhari et al., 2014
Sudeste asiático		20%		Slawomirski et al., 2017
China	200.000	1.600.000 a 7.300.000		Nie et al., 2013
Latinoamérica		20%		Giraldo-Arango y Montoya-Romero, 2013

Anexo III – Cambios entre el instrumento aplicado y su nueva versión.

HSOPS 1.0	HSOPS 2.0	Number of HSOPS 1.0 Survey Items	Number of HSOPS 2.0 Survey Items
Communication Openness	Communication Openness	3	4
Feedback and Communication About Error	Communication About Error	3	3
Frequency of Events Reported	Reporting Patient Safety Events	3	2
Handoffs and Transitions	Handoffs and Information Exchange	4	3
Management Support for Patient Safety	Hospital Management Support for Patient Safety	3	3
Nonpunitive Response to Error	Response to Error	3	4
Organizational Learning – Continuous Improvement	Organizational Learning— Continuous Improvement	3	3
Staffing	Staffing and Work Pace	4	4
Supervisor/Manager Expectations and Actions Promoting Patient Safety	Supervisor, Manager, or Clinical Leader Support for Patient Safety	4	3
Teamwork Within Units	Teamwork	4	3
Overall Perceptions of Patient Safety*	-----	4	0
Teamwork Across Units*	-----	4	0
Total**		42	32

*The *Overall Perceptions of Patient Safety* and *Teamwork Across Units* composite measures and associated survey items from HSOPS 1.0 were dropped in HSOPS 2.0.

**Only the survey items that are grouped into composite measures are counted in this table—single-item measures and background questions are not included in the counts.

Ilustración 1: Comparativo de nombres de variables y número de preguntas entre las dos versiones del cuestionario. (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019b)

Anexo IV – Esquema de grupo focal/entrevista

Grupo/Entrevistado:

1. Explicar el por qué general del Estudio.
2. Pedir autorización para grabación
3. Presentar la duración aproximada del encuentro
4. Comenzar con el Esquema de Entrevista

Cambio original	
Roces del cambio	
Mejora del cambio	
¿Es más fácil un cambio ahora?	
Comunicación intradepartamental	
Comunicación interdepartamental	
Médicos	
Valores que hacen que el paciente esté satisfecho con la Organización.	
Tiempo para Calidad	
Error punitivo	
Apoyo de Depto. Calidad y Dirección	
En los últimos 4 años, ¿ha mejorado la seguridad del paciente en la Organización?	
Mejora en el Servicio en los últimos 6 meses	

Anexo V - Tabla Respuesta positivas HSOPS

ANEXO XX			
Tabla Respuestas positivas HSPOSC			
Dimensión	Positividad		Variación
	2020	2015	
GRUPO UNIDAD DE TRABAJO			
1. Trabajo en equipo en la Unidad	77%	73%	4%
Departamentos Certificados	73%	73%	0%
Unidad de Terapia Intensiva	94%	91%	3%
Laboratorio	57%	56%	1%
Departamentos NO Certificados	78%	73%	5%
Radiología	61%	83%	-22%
Salud Mental	79%	86%	-7%
Enfermería General	88%	76%	12%
Clínica/Cardiología	83%	63%	20%
Cirugía	70%	77%	-7%
Por Profesión			
Enfermero	86%	76%	10%
Residente	68%	77%	-9%
Médico	78%	80%	-2%
Técnico	63%	63%	0%
2. Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes	67%	56%	11%
Departamentos Certificados	79%	52%	27%
Unidad de Terapia Intensiva	86%	61%	25%
Laboratorio	72%	44%	28%
Departamentos NO Certificados	66%	57%	9%
Radiología	30%	50%	-20%
Salud Mental	79%	78%	1%
Enfermería General	66%	64%	2%
Clínica/Cardiología	69%	45%	24%
Cirugía	68%	60%	8%
Por Profesión			
Enfermero	73%	63%	10%
Residente	61%	69%	-8%
Médico	66%	51%	15%
Técnico	59%	44%	15%
3. Aprendizaje y Mejora Continua	73%	61%	12%
Departamentos Certificados	80%	70%	10%
Unidad de Terapia Intensiva	93%	76%	17%
Laboratorio	67%	64%	3%
Departamentos NO Certificados	72%	59%	13%
Radiología	13%	43%	-30%
Salud Mental	67%	69%	-2%
Enfermería General	91%	62%	29%
Clínica/Cardiología	69%	57%	12%
Cirugía	76%	67%	9%

<i>Por Profesión</i>			
Enfermero	87%	60%	27%
Residente	59%	63%	-4%
Médico	64%	70%	-6%
Técnico	66%	56%	10%
4. Comunicación e información sobre errores	48%	43%	5%
<i>Departamentos Certificados</i>			
Unidad de Terapia Intensiva	92%	58%	34%
Laboratorio	44%	48%	-4%
<i>Departamentos NO Certificados</i>			
Radiología	31%	23%	8%
Salud Mental	59%	67%	-8%
Enfermería General	54%	54%	0%
Clínica/Cardiología	39%	28%	11%
Cirugía	45%	53%	-8%
<i>Por Profesión</i>			
Enfermero	60%	47%	13%
Residente	35%	48%	-13%
Médico	39%	38%	1%
Técnico	50%	43%	7%
5. Grado de Apertura de la Comunicación	52%	44%	8%
<i>Departamentos Certificados</i>			
Unidad de Terapia Intensiva	85%	61%	24%
Laboratorio	48%	25%	23%
<i>Departamentos NO Certificados</i>			
Radiología	33%	42%	-9%
Salud Mental	62%	60%	2%
Enfermería General	56%	32%	24%
Clínica/Cardiología	42%	40%	2%
Cirugía	49%	48%	1%
<i>Por Profesión</i>			
Enfermero	58%	46%	12%
Residente	44%	46%	-2%
Médico	51%	55%	-4%
Técnico	54%	31%	23%
6. Personal	31%	28%	3%
<i>Departamentos Certificados</i>			
Unidad de Terapia Intensiva	48%	18%	30%
Laboratorio	35%	25%	10%
<i>Departamentos NO Certificados</i>			
Radiología	23%	38%	-15%
Salud Mental	51%	38%	13%
Enfermería General	25%	16%	9%
Clínica/Cardiología	22%	23%	-1%
Cirugía	33%	24%	9%

<i>Por Profesión</i>			
Enfermero	32%	25%	7%
Residente	18%	30%	-12%
Médico	31%	30%	1%
Técnico	28%	24%	4%
7. Respuesta no punitiva a errores	38%	34%	4%
<i>Departamentos Certificados</i>			
Unidad de Terapia Intensiva	63%	36%	27%
Laboratorio	11%	32%	-21%
<i>Departamentos NO Certificados</i>			
Radiología	18%	30%	-12%
Salud Mental	63%	62%	1%
Enfermería General	41%	11%	30%
Clínica/Cardiología	25%	21%	4%
Cirugía	33%	30%	3%
<i>Por Profesión</i>			
Enfermero	48%	26%	22%
Residente	31%	31%	0%
Médico	30%	43%	-13%
Técnico	21%	41%	-20%
GRUPO ORGANIZACIÓN			
8. Apoyo de la Administración para la Seguridad del Paciente	68%	45%	23%
<i>Departamentos Certificados</i>			
Unidad de Terapia Intensiva	81%	42%	39%
Laboratorio	85%	59%	26%
<i>Departamentos NO Certificados</i>			
Radiología	46%	30%	16%
Salud Mental	65%	62%	3%
Enfermería General	88%	54%	34%
Clínica/Cardiología	57%	38%	19%
Cirugía	73%	40%	33%
<i>Por Profesión</i>			
Enfermero	76%	44%	32%
Residente	60%	55%	5%
Médico	51%	39%	12%
Técnico	83%	40%	43%
9. Trabajo en Equipo Inter-Unidad	55%	46%	9%
<i>Departamentos Certificados</i>			
Unidad de Terapia Intensiva	92%	43%	49%
Laboratorio	53%	47%	6%
<i>Departamentos NO Certificados</i>			
Radiología	43%	48%	-5%
Salud Mental	52%	55%	-3%
Enfermería General	72%	55%	17%
Clínica/Cardiología	33%	46%	-13%
Cirugía	60%	36%	24%

<i>Por Profesión</i>			
Enfermero	70%	49%	21%
Residente	31%	53%	-22%
Médico	42%	44%	-2%
Técnico	63%	33%	30%
10. Transferencias y Transiciones	49%	35%	14%
<i>Departamentos Certificados</i>			
Unidad de Terapia Intensiva	67%	50%	17%
Laboratorio	58%	31%	27%
<i>Departamentos NO Certificados</i>			
Radiología	33%	22%	11%
Salud Mental	61%	48%	13%
Enfermería General	64%	44%	20%
Clínica/Cardiología	39%	23%	16%
Cirugía	44%	20%	24%
<i>Por Profesión</i>			
Enfermero	60%	39%	21%
Residente	33%	39%	-6%
Médico	33%	26%	7%
Técnico	62%	20%	42%
GRUPO MEDICIÓN			
11. Percepción General de la Seguridad del Paciente	68%	59%	9%
<i>Departamentos Certificados</i>			
Unidad de Terapia Intensiva	78%	55%	23%
Laboratorio	56%	52%	4%
<i>Departamentos NO Certificados</i>			
Radiología	39%	45%	-6%
Salud Mental	69%	73%	-4%
Enfermería General	82%	60%	22%
Clínica/Cardiología	63%	52%	11%
Cirugía	74%	67%	7%
<i>Por Profesión</i>			
Enfermero	72%	55%	17%
Residente	63%	58%	5%
Médico	62%	72%	-10%
Técnico	69%	55%	14%
12. Frecuencia de Incidentes Reportados	56%	48%	8%
<i>Departamentos Certificados</i>			
Unidad de Terapia Intensiva	93%	82%	11%
Laboratorio	41%	52%	-11%
<i>Departamentos NO Certificados</i>			
Radiología	48%	30%	18%
Salud Mental	59%	67%	-8%
Enfermería General	68%	64%	4%
Clínica/Cardiología	54%	35%	19%
Cirugía	46%	51%	-5%

Por Profesión				
Enfermero	76%	56%	20%	
Residente	39%	41%	-2%	
Médico	41%	51%	-10%	
Técnico	65%	53%	12%	

Anexo VI - Tabla Resumen Cualitativa

Departamento Categoría	Clínica	Cirugía	Enfermería General	Salud Mental	Radiología	Farmacia	Laboratorio	UTI
Comunicación Interna	Escasa, técnica e informal. Con mayoría de médicos, se arraiga la cultura tradicional de independencia.	Escasa y técnica. Los intercambios entre profesiones carecen de profundidad, hay grupos que se sienten relegados y no escuchados.	Muy buena en el grupo de trabajo (piso). Muy complicada a nivel general por el grado de rotación. El sistema de retroalimentación establecido no es utilizado.	Muy buena dado que es un grupo pequeño y aislado. Se apoya en la informalidad.	Comunicación segregada por profesión. No existen canales establecidos de retroalimentación.	Muy buena y formalizada		
Comunicación Externa	Informal y personal, entre médicos o Jefes de departamento.		Informal y Personal. Los supervisores muchas veces no saben a quien comunicar la mejora.	Solo a través del Jefe y en situaciones extremas.	Disconformidad de técnicos con enfermeros por guardia pasiva. Implementación de nuevo sistema digitalizado de resultados genera más carga a los médicos.	Centralizada en la Jefa y a través del sistema. Entienden que externamente pocos comprenden los cambios realizados en el departamento en relación al nuevo sistema	Canales formales establecidos e informales. Estos últimos son los que se usan en mayoría.	Canales formales establecidos a través de los supervisores.
Relación con médicos		Cercanía personal pero distancia profesional. Los médicos no toman en cuenta los procedimientos requeridos a los demás profesionales. No hay trabajo en equipo.	Relación cercana e informal. Problemas en el conocimiento del sistema	Muy buena en el ámbito personal y técnico. Es un grupo reducido y aislado del resto de la Organización	Distante. Solo trato profesional tradicional entre médicos y técnicos.	Casi inexistente. La Jefa del departamento intenta que solo exista a través del sistema. Queja por falta de compromiso de los médicos con el sistema	Profesional. La trazabilidad de los resultados mejoró los cuestionamientos recibidos. Se realiza encuesta anual a médicos para mejorar.	Muy buena en el ámbito personal y técnico. Los médicos respetan las recomendaciones del personal de Enfermería
Concepto de Error	Punitivo		Punitivo con leve introducción de sistémico	Punitivo		Sistémico	Sistémico en el pensamiento, punitivo en la acción	Sistémico
Apoyo de la Dirección	Sin programas directos. Solo iniciativas personales. La Jefatura no está conforme con el modo de implementar los cambios. Pieza clave para la Historia Clínica Electrónica	Las implementaciones surgieron por iniciativa del personal, especialmente los instrumentadores. Hay dificultades técnicas y de retroalimentación que generaron barreras. EL checklist no está incorporado en el tiempo de cirugía.	La función de coordinación de calidad es de los supervisores. La Enfermera coordina entre áreas. La rotación es muy alta favoreciendo los cambios. Han sido el grupo que más a tenido que cambiar en este período. Se sienten apoyados pero no escuchados	Ajenos al circuito general de la Organización, no recibieron programas directos. Ven a la administración como una parte estructural necesaria pero sin injerencia en el funcionamiento del departamento.	Se sienten atacados por Dirección. El error en la implementación del cambio de jefe y la falta de educación en los nuevos procesos generó una barrera que distanció aún más a los grupos profesionales dentro del departamento.	Muy apoyados por la Dirección. Cambiaron completamente el sistema de administrar medicación y se adaptaron bien. La Jefa está muy comprometida con la mejora continua	Se sienten apoyados pero de una manera menos directa que antes. Entienden que se podría mejorar en la comunicación de los cambios y en enseñanza	Se sienten completamente apoyados y escuchados. El liderazgo del departamento estableció canales formales para que todos puedan opinar sobre modificaciones generados interna o externamente.
Valores	Prestigio, Velocidad, Honestidad, Ética	Prestigio, Honestidad, Excelencia, Trato Humano	Amabilidad, compañía, valores éticos y morales de la religión	Atención centrada en el paciente, Empatía, Honestidad, Ética	Velocidad, atención centrada en el paciente	Atención correcta, honestidad, amabilidad,	Calidad, velocidad, amabilidad, respeto, excelencia, amor al prójimo, honestidad	Calidez en la atención, velocidad, entorno religioso, respeto, amabilidad.
Percepción de mejora en la seguridad del paciente en los últimos años	Ha mejorado pero no es medible por la falta de datos.	Se ha deteriorado. Las implementaciones traen a la luz fallas sistémicas que no se han solucionado	Los nuevos sistemas traen más carga para el enfermero que se aleja del cuidado del paciente, pero cambia porque el resultado final será la seguridad.	Está igual, nada ha cambiado en este departamento que parece tener una propia alejada de la Organización	Se han realizado implementaciones pensadas en la comodidad del paciente, pero esto ha recargado al personal.	El cambio ha sido total. Ahora, los integrantes del departamento se sienten parte del cuidado del paciente. La Jefa menciona que el movimiento de mejora ha comenzado.	Se han mejorado muchos aspectos en departamentos externos que ayudan a que Laboratorio haga mejor su trabajo.	Cambio constante hacia la mejora de la seguridad. Esto es notado por personal externo al departamento
Nivel de cambio Hudson	Negativa	Negativa/Reactiva	Burocratización	Reactiva	Negativa	Burocratización	Proactiva	Proactiva

Profesión Categoría	Médicos	Residentes	Enfermeros	Técnicos
Comunicación Interna	La comunicación es técnica y por casos que salen de la norma. Se respeta mucho la independencia del colega.	Entre residentes es muy buena. Con los jefes de la especialidad es formal pero sin protocolización	Buena comunicación por grupo de trabajo hasta la supervisión. La comunicación interna a todos los enfermeros es muy difícil pero ha mejorado.	Existen diferencias entre Laboratorio y Radiología. Los técnicos de esta última no se sienten parte del circuito de comunicación y toma de decisiones del departamento
Comunicación Externa	Toda comunicación es informal y a nivel personal entre médicos. El único canal formal es la secretaria del Director	Aislados completamente. Los jefes de departamento no los consideran parte del equipo. La información debe llegar a través del Jefe de Residencias.	Canalizada a través de los supervisores quienes se comunican directamente con los responsables. Quejas sobre la alta rotación y la dificultad para alcanzar a todos los enfermeros	Por características propias del trabajo tienen poco contacto con el exterior. Los contactos son mayormente referentes a cuestiones puntuales de los
Relación con médicos		Profesional y distante, salvo con el Jefe de área de la residencia.	El trato personal con los médicos es excelente, sin embargo no se sienten incluidos en la toma de decisiones.	Profesional y distante.
Concepto de Error	Punitivo		Punitivo con aspectos de Sistémico especialmente en departamentos certificados	
Apoyo de la Dirección	Sienten una relación cercana a la Dirección basada en compartir profesión con ellos. Sus iniciativas en cuanto a calidad son pocas, sus modificaciones son técnicas.	El trato es distante, no conocen las iniciativas del DCMP y no está formalizada la comunicación entre ambos. Se sienten poco apoyados por la Dirección pero consideran que su situación es la "normal" de todo médico que inicia, por lo que la toleran.	Se sienten apoyados por DCMP y la Enfermera de Docencia y Seguridad. En el Enfermería General los canales podrían ser más directos, en este momento se utiliza al supervisor.	No tienen relación directa con la dirección. En Laboratorio tienen los canales establecidos. En Radiología existe un formulario de mejora que no es revisado.
Valores	Enfocado en valores éticos como la honradez y el buen trato, magnificados por el prestigio de la Organización	Se resalta la amabilidad y el buen trato. Se toleran problemas y ocultan errores por mantener la imagen de la Organización y la religión.	Centrados en una atención humana al paciente y a empatizar con su situación. Amabilidad, respeto y velocidad.	La respuesta se orientó a valores técnicos: velocidad, calidad. Se las utiliza para contrarrestar embates de otras profesiones sobre los resultados obtenidos.
Percepción de mejora en la seguridad del paciente en los últimos años	Todos piensan que ha mejorado pero sin ninguna evidencia ya que no hay medición específica hacia los médicos. DCMP ha intentado pero es difícil que el cuerpo médico ayude con la medición.	Notan que algunos departamentos mejoraron, otros intentaron y algunos no lo hicieron.	Las implementaciones actuales generan una carga que en el largo plazo será mejor para la seguridad del paciente. Por lo que se considera que la seguridad ha aumentado.	La protocolización ha ayudado a mejorar su desempeño, pero otras implementaciones fueron realizadas sin consultar y no ayudan a la seguridad. Se necesita más compromiso de otros departamentos para lograr una mejora global
Nivel de Cambio Hudson	Negativa	Reactiva	Burocratización/Proactiva	Burocratización