



CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

Temas de Coyuntura

Número 50
MAYO 2012

Aprender de los errores: una experiencia de transformación organizacional

El logro de la Acreditación requiere un cambio en la cultura de una organización. Implica asumir un nuevo enfoque sobre la organización del trabajo, el que debe ser llevado a la práctica por el conjunto del grupo humano que compone una institución de salud.

Para cumplir con la Pauta de Cotejo de Estándar de Acreditación debe alcanzarse el nivel establecido en los 9 ámbitos. Desde la experiencia reciente de Clínica Magallanes, ellos plantean que existe un “décimo ámbito”: la cultura de calidad, el cual constituye un componente transversal e implícito para el logro de la Acreditación.

Este documento, escrito por ellos, busca ser un aporte desde esta perspectiva sobre la Acreditación. Su experiencia se inició el año 2009, cuando se comenzó a preparar la Acreditación. Luego de un año y medio, en febrero del 2011, la institución fue evaluada y fracasó. Un año después, en enero del 2012 Clínica Magallanes fue nuevamente evaluada y resultó acreditada con un 94%. Este documento es una reflexión sobre los procesos que permitieron este cambio.

1. Antecedentes Generales

Clínica Magallanes es la única clínica privada de la Región de Magallanes. Esta Región, la más Austral de Chile, tiene 150 mil habitantes, de los cuales 120 mil viven en la capital regional, Punta Arenas, donde se ubica la institución.

Este establecimiento se fundó en 1982 como resultado de una iniciativa de un grupo local de médicos, y con el tiempo se ha ido desarrollando en virtud de la participación en su propiedad de diversas entidades.

El desafío de brindar una atención en salud de alto nivel ha sido un permanente motor para la institución, toda vez que la gran distancia entre Magallanes y el resto del país, requiere generar la mayor capacidad resolutive posible para atender a la comunidad magallánica.

Un viaje a un centro de salud en el centro del país implica un tiempo precioso (4,5 horas en avión) y un gasto significativo cuando se trata de abordar un problema de salud, por ello para los usuarios es crucial contar con una atención de alto nivel en la propia región.

Junto con las innovaciones en tecnología, con la permanente incorporación de especialistas y con el desarrollo de competencias en el personal, Clínica Magallanes fue incorporando en su Planificación Estratégica el desarrollo de una

cultura orientada a la calidad, y es así como el año 2009 se inició el proceso de Gestión de Calidad basado en los Estándares del Sistema de Acreditación para prestadores de Salud de nuestro país.

2. Descripción de la Experiencia

2.1 Primera Etapa: Instalación

En mayo del año 2009 se dio comienzo en los primeros pasos para el inicio del trabajo para llevar a Clínica Magallanes al cumplimiento de los Estándares de Calidad y Seguridad. Se obtuvo la asesoría de un especialista y se realizaron seminarios de formación en Gestión de la Calidad donde participaron todos los coordinadores de servicios, más otros funcionarios de las áreas Clínicas y administrativas.

El foco de esta etapa fue entregar los conceptos básicos sobre Calidad y Seguridad, formar a los coordinadores de servicio en el manejo de indicadores y familiarizarlos con la Pauta de Cotejo.

Esta etapa se caracterizó por un énfasis en ajustarse a las demandas del sistema de Acreditación. Se estimulaba la definición de procesos, la aplicación de sistemas de registros y la medición de indicadores con un foco muy externo: acercarse a los requerimientos de la pauta de cotejo.

Esta lógica obedeció a la necesidad de poner urgencia a una tarea que aparecía como exógena al desarrollo de Clínica Magallanes. Si bien existían intentos incipientes de instalación de una cultura de calidad, y se desarrollaba en forma sistemática el Control y la Vigilancia de IHH, por una Enfermera formada en el área y la asesoría de un Médico especialista en IHH, no existía en la institución un Comité de Calidad, solamente una enfermera tenía formación general en Gestión de la Calidad Asistencial y las estructuras organizativas de la clínica estaban más centradas en la administración del quehacer cotidiano sin disponer de tiempo ni espacio para tener una perspectiva sobre la mejora continua.

De esta manera, el desarrollo de esta etapa se caracteriza por un esfuerzo sistemático y perseverante de la gerencia general y del Médico de IHH por tomar la iniciativa en relación al nuevo sistema de Acreditación de Prestadores que comienza en el país e instalar la necesidad de participar en esta evaluación. Esta decisión nace de la convicción de que se trata de una oportunidad para validar el desarrollo profesional que ha tenido la institución, pero esta visión no es totalmente compartida por importantes sectores de los mandos medios y del personal en general, que perciben esta iniciativa como una instancia de mejoras menores implicando mayor trabajo y que desde sus puntos de vista no se dirigen a resolver los problemas más estructurales en el funcionamiento de la institución.

2.2 Un enfoque centralizado del cambio

En todos los procesos de cambio organizacional hay sectores que apoyan el cambio y sectores que lo resisten. Es muy importante entender que no se trata de buscar una aceptación incondicional y masiva del cambio en una organización, sino que se debe buscar instalar las nuevas prácticas en forma gradual y dialogada. No obstante, al mismo

tiempo, el liderazgo debe demostrar una decisión irrenunciable de aplicar los cambios, ya que las vacilaciones en la conducción son fatales: provocan la confirmación de las desconfianzas de los resistentes y debilitan la fuerza de los innovadores.

En esta etapa, se puso un fuerte acento en este aspecto del cambio organizacional: mantener la iniciativa, sostener el control de las tareas asignadas, asumir la finalización de las tareas críticas que no tenían avance. Se creó una Gerencia de Calidad y Seguridad del Paciente, con dos profesionales asignados a las labores de coordinación y monitoreo y se iniciaron las mediciones en junio del 2010.

Se trabajó con un enfoque centrado en la supervisión por parte de la Gerencia de Calidad sobre los procesos particulares, lo que se materializaba en la realización de múltiples reuniones bilaterales entre la Gerencia y cada Coordinador. El foco de esta etapa era supervisar el avance por área y ubicar a la gerencia general y a la gerencia de calidad como las instancias que llevaban el control en cada una de las características.

Este enfoque, que privilegió el cumplimiento de tareas particulares, por sobre una visión global del proceso, se mostraba como suficiente para cumplir con los Estándares de la Acreditación. Además, dado que solamente se contaba con la perspectiva de un asesor, y que el nivel de conocimiento técnico presente en la institución era bajo, no era posible conocer lo que no sabían.

De esta manera, a pesar de que se realizó la capacitación inicial, que hubo una permanente supervisión de los resultados, y que se buscó incentivar la participación del personal a través de actividades grupales, en esa primera etapa, la Gestión de la Calidad quedó eclipsada por el cumplimiento de la Pauta de Cotejo. Y para mayor limitación, el dominio de la lógica de la Pauta de Cotejo era débil, ya que se tendía a hacer interpretaciones literales, sin apuntar a la intención de cada característica.

De esta manera, a pesar del esfuerzo de casi dos años, el resultado de la Evaluación fue negativo al no cumplirse con 9 Características Obligatorias.

2.3 Asumiendo el fracaso

Estos resultados negativos mostraron debilidades de diverso tipo: en algunas características se trató de asuntos formales: un documento sin firma, un responsable no definido. En otros se trató de asuntos de fondo: no haber comprendido adecuadamente las indicaciones del Manual de Evaluación y de la Pauta de Cotejo: por ejemplo: se asumió que debido a que en la Clínica no existía una Unidad de Pediatría, no aplicaban las características en los pacientes pediátricos, y por lo tanto no se hicieron mediciones ni procedimientos dirigidos a estos pacientes.

Este resultado fue un golpe muy duro para el Equipo Directivo que encabezó este proceso quienes habían establecido un margen seguro de éxito, basado en mediciones previas cuyos resultados eran positivos. Para las Coordinadoras de Servicios el resultado fue decepcionante pero no tan imprevisible. Para aquellos que tenían poca confianza en este proyecto, significó la confirmación de sus apprehensiones y una validación de su rol de agentes críticos del proceso.

calidad de la Evaluación de Acreditación, la que se consideró insuficiente en diversos aspectos. Se solicitó una aclaración del Informe, y se hizo una presentación formal ante la Superintendencia de Salud (SIS) con el fin de revisar lo que aparecía como una evaluación no válida.

Como resultado de esta petición, la SIS realizó una fiscalización en terreno a Clínica Magallanes donde se verificó cada aspecto cuestionado en relación al Informe de Evaluación. En forma paralela, la Gerencia General solicitó la asesoría de un nuevo experto, el cual conoció el Informe de Acreditación y revisó toda la documentación elaborada.

Ambas opiniones fueron concluyentes: los resultados negativos estaban plenamente justificados. Las auto-evaluaciones previas eran incorrectas, las deficiencias señaladas en el Informe de Acreditación eran corroboradas por los fiscalizadores de la SIS y por un nuevo asesor externo. Ahora no quedaba espacio para las dudas y cuestionamientos: era un fracaso.

La experiencia del fracaso afectó a toda la Clínica.

2.4 Aprendizaje colectivo de los errores

La Gerencia General resolvió informar abiertamente a las Coordinadoras de Servicios sobre los resultados, todas las gestiones realizadas y reconocer sin tapujos las deficiencias identificadas.

Además, frente al escenario de dudas e incertidumbres en la Gerencia de Calidad, el Gerente General actuó rápidamente e inició un diálogo muy abierto donde invitó a cada integrante del equipo directivo a expresarse con plena sinceridad y en términos personales. En esta conversación, manifestó su reconocimiento por el esfuerzo desplegado, asumió su responsabilidad en todo el proyecto, y manifestó su decisión de utilizar esta experiencia como una instancia de aprendizaje.

Esta acción del Gerente General permitió generar una visión compartida sobre la experiencia del fracaso, despejó el temor de la discontinuidad laboral y permitió que se hablara abiertamente de los errores. Además se estableció un clima de apertura y transparencia, donde los responsables de este proceso reconocieron abiertamente sus errores: se entregaron los Informes Evaluativos a todos los Coordinadores de Servicios, se analizaron en detalle todas las deficiencias y se comenzó a hacer un balance de los errores cometidos con todos los participantes.

Cuando una organización ha enfrentado un fracaso, el sentido común la induce a buscar un responsable que pague por el mal resultado. Sin duda, esto sucedió en esta etapa en Clínica Magallanes, puesto que ya existían críticas muy severas hacia importantes elementos de la gestión de calidad.

Pero, la línea de la Gerencia General de no buscar responsabilidades individuales, sino abrir la conversación para aprender en conjunto, permitió apuntar en otra dirección y sembrar el inicio de una nueva etapa.

aviación para referirse a organizaciones que se desempeñan en contextos de alto riesgo y alta complejidad, pero que al mismo tiempo son seguras y efectivas. ¿Cuáles son los componentes esenciales de una OAC? Trabajo en equipo, comunicación y aprendizaje compartido.

Para que estas organizaciones puedan enfrentar el alto riesgo y complejidad requieren depositar gran confianza en los equipos, estableciendo estructuras jerárquicas más planas, donde las decisiones se basan en el conocimiento directo de los involucrados, y no necesariamente en los directivos.

Esto permite un proceso esencial para manejar la complejidad y reducir el riesgo: el chequeo cruzado. Esto significa que dentro de un equipo, todos revisamos el trabajo de los demás, y que todos los demás pueden opinar sobre nuestro trabajo.

Al mismo tiempo, esto abre un nuevo horizonte para entender los errores: son asumidos como resultados de un proceso en el cual todos tuvimos una cuota de responsabilidad. Por ende, lo importante no es encontrar y remover al responsable, sino entender el proceso y producir modificaciones.

Si esto nos lleva a decidir que hay personas que deben salir de sus cargos, estos cambios son asumidos como parte de un proceso de mejora, donde todos los integrantes siguen igualmente implicados, y no como “soluciones” que por sí solas provocarían los cambios.

Esta potente señal enviada por la Gerencia en el sentido de poner el foco en la mejora del proceso generó además otro elemento crucial para instalar una Cultura de Calidad: el castigo frente al error no es la primera alternativa, sino que las personas tienen la oportunidad de demostrar que son capaces de aprender.

3. Una nueva oportunidad

3.1 Un Diagnóstico global

En base a las evaluaciones realizadas en conjunto por el equipo directivo y las Coordinadoras y Encargados de servicio se detectó que las debilidades del proceso anterior radicarón en los siguientes elementos:

- Falta de una visión global del proceso de gestión de la calidad, donde cada persona tenía una comprensión muy parcial y concreta de su propio trabajo, sin tener una perspectiva global de todo el sistema.
- Falta de conocimiento sobre aspectos técnicos de Gestión de Calidad: por ejemplo, elaboración e interpretación de indicadores.
- Falta de manuales de procedimientos de algunos servicios que afectaron al desarrollo de documentos institucionales de procedimientos dirigidos a satisfacer criterios académicos, pero no a proporcionar guías prácticas al personal clínico.
- Falta de precisión en ciertos procesos clínicos y de los servicios de apoyo por carencia de un análisis riguroso realizado en conjunto con los involucrados.
- Debilidad en la capacidad para interpretar las exigencias de la Pauta de Cotejo y traducirlas en prácticas sustentables dentro de la organización de Clínica Magallanes.

- Debilidad para controlar la aplicación de protocolos médicos obligatorios (por ejemplo, Consentimiento Informado) que tenían una fuerte resistencia en el estamento médico.

Para enfrentar estas falencias se resolvió implementar tres grandes líneas de acción:

- Asesorías de carácter más pedagógico, tipo clases particulares personalizadas y posteriormente grupales y a la medida del nivel real de conocimientos de cada uno de los coordinadores y encargados.
- Un enfoque de trabajo más colaborativo y menos centralizado, con una estructura matricial.
- Un respaldo institucional muy fuerte para el control de protocolos médicos relevantes (Consentimiento Informado, Evaluación Pre-anestésica, RRHH y Trazabilidad de Procesos).

3.2 Asesorías y Ejercicios

Se estableció un sistema inicial de asesorías con la presencia de dos profesionales del ámbito de la salud, privilegiando por sobre la experiencia en procesos de Acreditación de Prestadores, su experiencia académica y principalmente en desempeño clínico de la Gestión de la Calidad Asistencial.

Se estableció un sistema de trabajo intensivo, con ambas asesoras trabajando en terreno una semana completa por cada mes. Esto permitió hacer un recorrido completo por todas y cada una de las características, supervisando directamente la construcción interna de cada documento para lograr una internalización de los procesos, actividades que se realizaron inicialmente durante un período de cuatro meses para luego agregarse dos meses adicionales para ejercicios de pre-acreditación.

El inicio de su labor de asesoría consistió en explicar la visión global sobre la Gestión de la Calidad asistencial y proporcionar bases conceptuales sobre Eventos Adversos y Seguridad de los Pacientes.

Junto con esto, se desarrolló un trabajo de asesoría personalizado por cada servicio, donde las coordinadoras y encargados tenían la oportunidad de manifestar sus dudas, y hacer todas las preguntas que considerasen necesarias.

La revisión efectuada con las asesoras en relación a cada característica iba mostrando las falencias y fortaleciendo lo que estaba correcto, ayudando a que los responsables comprendieran el sentido de sus indicadores y de sus mediciones y los relacionaran con sus prácticas cotidianas.

De esta forma, comenzó a cerrarse una de las principales brechas de la etapa anterior: la falta de conexión entre las mediciones de los indicadores y el quehacer cotidiano en cada servicio.

En la medida en que se adquirió el conocimiento técnico, se pudo comprender el sentido global para el cual se elaboraban los protocolos y los indicadores y se hacían las mediciones.

El trabajo de las Asesoras incluyó un enfoque más focalizado en las necesidades de cada Coordinadora y Encargado de Unidad, junto con proveer al equipo directivo de una visión global sobre el estado del proceso de acreditación. Esto se basó en sus evaluaciones parciales y en la realización de un Ejercicio de Acreditación que se realizó un par de meses antes de la Acreditación.

Junto con lo anterior, tres semanas antes de la Evaluación de Acreditación, se realizó otro Ejercicio de Acreditación (esta vez, solamente de las características obligatorias) a cargo de profesionales externos: un médico experto en Calidad y otro profesional experto en Logística.

Estas actividades con diversos evaluadores permitieron entrenar al personal en las situaciones de evaluación y aportaron a uno de los principios relevantes del trabajo: la evaluación cruzada. De acuerdo a la experiencia acumulada en este proceso, siempre otras miradas agregan algo que los demás pudieran no haber visto, lo que refuerza la confianza del equipo.

3.3 Trabajo colaborativo

Al mismo tiempo, se planificó un sistema de trabajo grupal, en el cual las Coordinadoras de Servicio y Encargados de Unidad, asumieron la elaboración y/o revisión de los protocolos. En forma sistemática, durante tres meses, los grupos de trabajo debían presentar sus avances a una reunión plenaria donde se analizaba el trabajo de las diversas áreas.

Este trabajo, sumado a lo que se aprendía en las asesorías directas, permitió que los responsables de cada servicio y unidad tuvieran mayor injerencia en la definición de sus protocolos, que aportaran su experiencia cotidiana y que recibieran la retroalimentación de sus colegas.

Este proceso se replicaba en algunos servicios, donde las Coordinadoras involucraban a su personal en la revisión de los Protocolos y los hacían partícipes de sus propios procesos de aprendizaje. Comenzó a establecerse un clima donde se podía opinar por el trabajo de los demás, ya que comenzó a quedar en claro un elemento central del trabajo colaborativo: la interdependencia.

En la medida en que se analizaban los protocolos y que se iban obteniendo las primeras mediciones, comenzaba a quedar de manifiesto que en una gran parte de los casos, la mejora pasaba por una mejor coordinación entre los diversos actores de un proceso.

En esta dimensión, además se resolvió fortalecer el Comité de Calidad incorporando en forma permanente a la Enfermera de IIH, a la Subgerente de RRHH, a la Subgerente de Atención al Cliente, a la periodista a cargo de la difusión y Software INCANCER, además de los participantes permanentes como la Dirección Médica, el Médico de IIH, la Enfermera Subdirectora de Gestión del Cuidado del Paciente, el Médico Asesor, la enfermera Jefe de Calidad, Gerente de Calidad y Gerente General.

Este Comité estaba directamente liderado por el Gerente General y se reunía en forma

semanal para monitorizar el avance en todos los ámbitos de aplicación de los Estándares de Calidad.

El objetivo de esta medida era mantener una señal potente en relación a que la Gestión de la Calidad seguía siendo una tarea prioritaria para la institución, y que la Acreditación no se podía lograr solamente porque cada área se encargaba de su tarea, y la Gerencia de Calidad juntaba esas partes.

Ese había sido el principal error anterior, por lo tanto era necesario dar el mensaje que todos debían contribuir a un objetivo común.

Esto significó enfrentar grupos con intereses particulares, que percibían la Acreditación como una distracción para sus propios objetivos. Pero en la medida en que se validó que las prioridades se establecían en el Comité de Calidad, cobró fuerza la noción de que todas las áreas (servicios clínicos, servicios de apoyo, mantención de equipos, instalaciones, recursos humanos, atención al cliente) trabajaban en diversos frentes para una tarea común y por lo tanto estaban sujetos a la supervisión de los demás.

3.4 Control de Procesos

Finalmente, en relación al control de protocolos médicos, se inició un flujo de información permanente hacia los médicos, donde se estableció en forma gradual la obligatoriedad de contar con el Consentimiento Informado para ingresar los pacientes a Pabellón.

La Dirección Médica desarrolló una permanente labor de información grupal e individual, como también una supervisión hacia los médicos, solicitando primero el cumplimiento de estas disposiciones, y luego imponiendo su cumplimiento.

Además, se entregó la responsabilidad de controlar esta característica a una persona: la enfermera Jefa de hospitalización y la revisión antes de archivar las fichas a la Gerente de Atención al Cliente, que estableció un control desde el ingreso del paciente a la Clínica hasta su derivación al Pabellón en conjunto con la Enfermera Jefa de hospitalización, todo lo anterior con una supervisión directa de la Enfermera Sub Directora de Gestión del Cuidado del Paciente.

4. Recomendaciones a considerar

4.1 La Cultura de las Organizaciones de Salud y la Calidad

La Cultura de las organizaciones de Salud se caracteriza por su tendencia al “tribalismo” (Davies, Nutley y Mannion, 2000): existen estamentos muy definidos que tienen premisas muy distintas (por ejemplo, los médicos están fuertemente formados para tomar las decisiones basados en su propio criterio frente a un paciente específico, mientras que las enfermeras están formadas para aplicar la norma general) estos estamentos tienen una fuerte solidaridad interna y una tendencia a encontrar con mucha facilidad los problemas en los demás y con mucha dificultad en sí mismos.

Las jerarquías profesionales fuertemente establecidas generan importantes tensiones dentro de los integrantes de una institución de salud, ya que la indispensable complementación en las labores de los médicos, enfermeras y

técnicos paramédicos no siempre es percibida en forma equitativa. Más bien, casi siempre un estamento tiene la percepción que le toca el trabajo más pesado.

Esto es especialmente complejo cuando en una institución de salud el número de médicos transitorios es muchísimo mayor que el número de médicos contratados, como sucede en nuestra Clínica, ya que no alcanzan a generarse lazos de pertenencia y adhesión a las normas institucionales.

La aplicación de los Estándares de Calidad y Seguridad del Paciente requiere la adopción de un nuevo enfoque para las prácticas médicas y asistenciales. La misma noción de que es posible objetivar la calidad y seguridad es un asunto no trivial para una cultura de la atención en salud donde los médicos han ejercido su autoridad sin tener que proporcionar más evidencia que su propia experiencia.

No obstante, la cultura global se ha transformado. El paciente es un individuo más informado y consciente de sus derechos y se ha hecho necesario proporcionar evidencia, validar las decisiones médicas en base a protocolos profesionalmente aceptados y medir los errores. Todo esto es nuevo y debe ser asimilado por las personas que trabajan en este campo.

Pero no todo lo importante es nuevo: hay valores de la cultura “tradicional” que se deben mantener: el proporcionar ayuda frente al dolor, el otorgar prioridad a la seguridad del paciente, el respetar la dignidad del paciente, son valores que no queremos desechar.

Por esto, desarrollar una cultura de calidad significa respetar los valores tradicionales que se sustentan en la ética, pero al mismo tiempo una capacidad para desafiar ciertas costumbres que deben ser transformadas.

4.2 Las claves de un proceso exitoso y perdurable

▪ Un fuerte compromiso de los Directivos

Solamente en la medida en que se cuenta con toda la fuerza de la institución es posible imponer nuevas prácticas (por ejemplo, imponer el uso del Consentimiento Informado y visita pre anestésica a profesionales Transitorios) y mantener un clima de colaboración.

Si los Directores, Directivos y Gerentes Generales no se involucran en el proceso y solamente delegan en instancias con menor jerarquía, es muy difícil poder vencer las resistencias profesionales, laborales y personales frente al cambio.

El cumplimiento de los estándares de la acreditación no se puede lograr si los procesos de gestión de la calidad no están instalados "a nivel celular" en toda la organización, no se puede lograr delegando en un pequeño grupo de expertos que influya en el conjunto de la organización, ni menos instalando un traje a la medida confeccionado externamente, lo que no perdurará en el tiempo.

La máxima dirección del establecimiento debe incorporar dentro de su misión liderar este proceso, lo cual implica ponerlo dentro de la agenda de actividades permanentes por un mínimo de dos años.

▪ Liderazgo Local

El Liderazgo es la capacidad que pueden ejercer las personas para movilizar a sus grupos de trabajo hacia metas comunes. Esto se manifestaba en que las Coordinadoras de Unidad podían transmitir la visión de la organización sobre la necesidad de la Acreditación. Al mismo tiempo eran capaces de escuchar y atender a las inquietudes de su personal, buscaban resolver en forma oportuna los problemas y sabían cómo pedir y controlar las tareas.

El Liderazgo local es un factor clave para la instalación de una cultura de calidad y seguridad. Diversos estudios llevados a cabo sobre la relación existente entre la *Cultura de Seguridad* y las *Prácticas Asistenciales*, muestran que cuando en un Hospital y en una Unidad existe una fuerte cultura de seguridad las prácticas asistenciales son consistentemente, más seguras. (Zohar, D. et al; 2007) Lo interesante es que, incluso cuando la cultura de seguridad es débil a nivel del establecimiento, las prácticas asistenciales son seguras si es que existe un buen liderazgo local.

Para desarrollar el liderazgo local en esta experiencia, desde la Gerencia de Calidad se impulsó una permanente labor de articulación y de validación de las experiencias de los diversos líderes locales. Se puso especial atención en respetar los liderazgos informales y en escuchar a las personas que tenían influencia en virtud de su trayectoria, y se aplicó una estrategia de resolución de conflictos que permitía que las diferencias se situaran en el plano de las ideas y no en el de las personas, primando sí lo profesional y lineamientos corporativos de validación fruto del trabajo en equipo.

▪ Trabajo Colaborativo

Para desarrollar una organización colaborativa se requieren cuatro iniciativas:

- definir y construir un propósito compartido.
- cultivar una ética de la contribución.
- desarrollar procesos que permitan que las personas trabajen juntas de manera flexible pero disciplinada.
- crear una estructura donde la colaboración es valorada y recompensada.

Esta es la recomendación de los expertos en gestión P. Adler, Ch. Heckscher y L. Prusak, quienes al estudiar los casos de diversas empresas, señalan que "las comunidades colaborativas alientan a las personas a aplicar continuamente sus talentos únicos a los proyectos grupales y a sentirse motivadas por una misión colectiva".

Este fue el camino que se adoptó en la segunda etapa de la Acreditación, y se hizo porque era la única forma de desarrollar un proceso altamente complejo donde el conocimiento debía estar distribuido.

4.3 Como favorecer trabajo compartido

- **Involucramiento:** Directo de la Gerencia General, todos los Directivos Médicos, Gerencia de Calidad y de las Coordinadoras y Encargados de Unidad en los aspectos particulares de cada tarea. Esto hacía percibir a las personas que había una dedicación

permanente a estas labores en todos los estamentos.

- **Empoderamiento:** A través de la asesoría directa a los Coordinadores y Encargados de Unidad que les brindó el conocimiento técnico y la confianza necesarias para asumir sus tareas como un desafío y estar abiertos a las críticas. Además, la realización de diversos ejercicios de acreditación, realizados por diversos evaluadores, permitía que las Coordinadoras obtuvieran retroalimentación y se sintieran cada vez más dueñas de sus procesos, seguras y tranquilas.

Apertura: Se estableció un ambiente de apertura permanente a formular y recibir

- opiniones: se puso mucho énfasis en que en las instancias grupales las personas con cargos de responsabilidad recibieran las críticas como un aporte a un mejoramiento de los procesos.
- **Información:** La entrega de información fue masiva, sistemática y con permanente retroalimentación. Se realizaron capacitaciones sobre el enfoque global de la acreditación (“¿Por qué queremos acreditarnos?”) y sobre los temas específicos (Plan de Emergencia, Código Azul). La capacitación fue grupal e individual, y en el último mes se implementó un sistema de premios (una GiftCard del comercio local) para los funcionarios que respondían acertadamente un cuestionario que lo realizaban indistintamente el Gerente de Calidad, Enferma Jefa de Calidad, Sub Directora de Gestión del Cuidado y Gerente General.

Junto con esto se produjeron diversos materiales de difusión, tanto digital como impreso y audiovisual, los cuales estuvieron presentes en cada pasillo y oficina de Clínica Magallanes durante todo el año. El contenido y los énfasis en los mensajes se establecieron en base a la realización de focus groups que permitieron conocer de cerca la percepción del personal sobre los temas de acreditación.

- **Transparencia:** Se instaló el valor de que en todos los niveles el personal debía dar cuenta de sus tareas, y que todos podíamos equivocarnos, por lo cual el ser sometido a una revisión era un procedimiento dirigido a la seguridad del Paciente y no a descalificar la competencia de una persona.
- **Chequeo cruzado:** Se estableció un sistema de chequeo cruzado permanente, donde se instalaban varias etapas y fuentes de supervisión sobre un mismo proceso.

Ejemplo: Para cumplir con la exigencia de certificación de los profesionales y técnicos, se asignó esta labor a la Subgerencia de RRHH, la que determinó que fuese una funcionaria la responsable de la tarea de obtener todos los certificados. Con la supervisión directa de la Subgerente se avanzó hasta cierto punto, pero no se obtenía un resultado plenamente confiable. Se estableció una nueva supervisión de la Gerencia de Calidad, la cual revisó toda la documentación y se detectaron nuevas deficiencias. Al cabo de un tiempo, el Gerente General realizó otra revisión de los mismos documentos, y se detectaron nuevas fallas. Para obtener los Certificados se buscaron los más diversos caminos, con la participación de diverso personal, desde los Gerentes hasta el personal administrativo, lo cual permitió que hubiera varios filtros para validar la información. Una vez clarificada esta información, se resolvió ingresar a la totalidad de los trabajadores, tanto profesionales como de apoyo, permanentes y transitorios, al

Registro Nacional de Profesionales de la SIS.

- **Interdependencia y Autonomía:** Se desarrollaron proyectos con un alto grado de interdependencia, pero al mismo tiempo de autonomía.

Ejemplo: Se desarrolló un software para gestionar la Trazabilidad de las Biopsias, ya que los sistemas de registro en papel y de registro en una planilla Excel no permitían que los diversos servicios involucrados en el proceso estuvieran adecuadamente conectados. Este software debía permitir que todos los registros estuvieran siempre disponibles para todos los servicios involucrados, pero al mismo tiempo que solamente pudiera ser modificado por los usuarios autorizados. Esto requirió el trabajo en conjunto de los servicios involucrados con Informática y una serie de reuniones de trabajo para poner a revisar el funcionamiento del software, esto mejoró notablemente la comprensión que cada uno tenía sobre el trabajo del otro.

5. Conclusiones

En base a este nuevo enfoque Clínica Magallanes se presentó nuevamente a la acreditación en octubre del año 2011 y fueron evaluados en febrero del 2012. El resultado indicó que de las 89 características del estándar de calidad que les aplicaron, cumplieron satisfactoriamente con 84 de ellas, y dentro de estas, cumplieron con el 100% de las características obligatorias.

Más todavía, se constató que en aquellas 9 características obligatorias en que fallaron el año 2010, esta vez habían obtenido el 100% en todas ellas, sobrepasando ampliamente en 7 casos el umbral de cumplimiento.

“Ese día 14 de Marzo del año 2012 recibimos el resultado de Acreditación y fue gran día: hubo una gran felicidad, sonrisas, abrazos, lágrimas, sin distinción alguna dentro Clínica Magallanes. Recibimos las felicitaciones de los Presidentes y Directores actuales y anteriores, asesores, amigos, Clínicas de nuestra Red, instituciones de la región y de nuestros seres queridos. Esta gran experiencia de aprendizaje había sido coronada con un resultado muy positivo, ya que no bastan solo los esfuerzos sino también los resultados.”

Este enfoque sobre la calidad emergió como una necesidad para revertir una experiencia de fracaso, y por lo tanto se construyó sin una estrategia previa, sino en base a la experiencia cotidiana de trabajar por un objetivo común.

Gracias al trabajo colaborativo y compromiso pudieron generar nuevas ideas que les permitieron desarrollar una nueva forma de trabajo.

DATOS DE CONTACTO

Eduardo Serradilla Guerrero
Gerente General
eserradilla@clinicamagallanes.cl

Cristián Vásquez Rivera
Gerente de Calidad y Seguridad
cristian.vasquez@clinicamagallanes.cl

REFERENCIAS

P. Adler, Ch. Heckscher y L. Prusak; "Cómo construir una empresa colaborativa" Harvard Business Review, Julio 2011; p. 45-52

Duke University Medical Center; Patient Safety. http://patientsafetyed.duhs.duke.edu/module_c/module_overview.html

Davies, H.T.O., Nutley, S.M. y Mannion. R, "Organisational culture and quality of health care" Quality en Health Care; 2000, 9:11-119.

Zohar, D., Livne, Y.; Tenne-Gazit, O.; Admi, H.y Donchin, Y. "Healthcare climate: A framework for measuring and improving patient safety", Critical Medical Care, Vol. 35, Nº 5: 1312-1317.

Clínica Alemana de Santiago; "Introducción y adopción de una Cultura de Calidad en Clínica Alemana de Santiago S.A." Serie Experiencias de Buenas Prácticas; Observatorio de Buenas Prácticas SIS, Chile.