

ORGANIZACIONES QUE APRENDEN DE SUS ERRORES

Dr. Fabián Vítolo
Noble Compañía de Seguros

Desde la publicación del informe del IOM “Error es Humano”(1) hace más de quince años, cada vez son más las instituciones de salud de todo el mundo abocadas a identificar y analizar errores, riesgos y eventos adversos en la práctica asistencial. Se han generado de esa manera sistemas de reportes de incidentes y herramientas de análisis, dentro de los cuales el más paradigmático es el análisis de causa raíz, que busca identificar las causales sistémicas y los factores que contribuyeron a la ocurrencia del error.

Son muy pocas, sin embargo, las organizaciones de salud que logran ordenar y clasificar los datos obtenidos en información sistemática y contextualizada que lleve a un conocimiento que a su vez se traduzca en acciones concretas. En otras palabras, no se terminan de aprovechar los datos recogidos para aprender a determinar qué es lo que se debe hacer, quién, cómo y por qué debe hacerlo.

El daño a los pacientes es generalmente el resultado tanto de errores individuales como de fallas en el sistema de atención. La mejora de la seguridad dependerá entonces tanto de que los individuos aprendan de sus errores como de que las organizaciones también lo hagan. Y, si bien los seres humanos estamos naturalmente programados para aprender, las organizaciones no. Por ejemplo, el aprendizaje puede estar muy inhibido por la adherencia a tradiciones o jefes que insisten en que “así es cómo hacemos las cosas por acá”. La mayoría del aprendizaje que se da en las organizaciones es local, por el cual las personas o grupos de trabajo perfeccionan sus habilidades y se enfrentan con las limitaciones propias de la interacción con otros grupos o con “el sistema”. El aprendizaje local es a menudo difícil de verbalizar, está íntimamente ligado a los detalles de la tarea y es difícil de transferir (requiriendo en general de aprendices o de rotaciones

de personal). Por otra parte, las fallas latentes y los problemas sistémicos son difíciles de percibir a nivel local y muy difusos para ser abordados por las personas, que a su vez muchas veces creen que focalizarse en los sistemas busca excusar la responsabilidad individual.(2) Nuestros modelos mentales generalmente nos llevan a generar acciones bien intencionadas que pueden ayudar en el corto plazo pero que pueden generar más problemas en el futuro. La acción efectiva sobre este tipo de problemas requiere comprender las interdependencias sistémicas, las sinergias, asunciones y forma de comunicación entre los grupos. Como sostuvo el informe del IOM mencionado: “Esforzarse más no funcionará. Cambiar los sistemas, sí”

¿Qué se entiende por “Aprendizaje Organizacional”?

El concepto de aprendizaje organizacional no es nuevo. Floreció en la década de los '90 a partir de la publicación de la obra cumbre de Peter M. Senge “La Quinta Disciplina” (3) y de innumerables publicaciones, seminarios y sitios web. Estos trabajos apuntaban a pensar y diseñar organizaciones inteligentes, capaces de crear, desarrollar, difundir y utilizar el conocimiento para incrementar la capacidad innovadora y competitiva. Senge tal vez no pensó en el propósito de sobrevivir a la competencia por los insumos y los mercados y mucho menos en aprender de los errores médicos, pero sí pensó en organizaciones que fuesen capaces de transformar la información en conocimiento por medio de procesos de aprendizaje dirigidos. En el ideal de estos investigadores, las organizaciones deberían estar constituidas por individuos hábiles para crear, adquirir y transferir conocimiento. Estas personas podrían ayudar a sus empresas a cultivar la tolerancia, promoviendo la discusión abierta y pensando de

manera holística y sistémica. Estas organizaciones con capacidad de aprender estarían mejor preparadas para adaptarse rápidamente a lo impredecible que su competencia. Y, en las clínicas hospitalares y centros de salud, muchas veces lo impredecible es la norma....

En palabras de C. Argyris:

“El aprendizaje organizacional es una competencia que todas las organizaciones deben desarrollar; mientras mejores son las organizaciones en el aprendizaje, más probable es que sean capaces de detectar y corregir los errores y de saber cuándo son incapaces de hacerlo. Además, mientras más eficaces son las organizaciones en el aprendizaje, más probabilidades tienen de ser innovadoras o de saber cuáles son los límites de su innovación” (4)

El aprendizaje organizacional ha sido definido de distintas maneras. Algunos sostienen que es el producto acumulativo del aprendizaje de pequeños grupos o equipos.(5) Otros lo interpretan como el aprendizaje colectivo que se da en una organización y que tiene la capacidad de impactar sobre su desempeño.(6)(7) También ha sido descrito como el proceso de mejorar la eficiencia y efectividad de la organización a través de conocimiento y la comprensión compartida, lo cual es un fenómeno a nivel sistémico que permanecerá en la organización más allá de cambios en los equipos de salud o en sus miembros.(8)

El aprendizaje organizacional puede ser visto como un contexto modificado de enseñanza específica desarrollado por múltiples equipos e individuos para transformar el conocimiento en acción y para evaluar estas acciones para crear un conocimiento compartido dentro de una organización/institución. El aprendizaje individual y de equipos complementa el aprendizaje organizacional pero no lo genera necesariamente, porque este aprendizaje suele darse en compartimientos profesionales estancos sin que el conocimiento se comparta con otros grupos dentro de la organización.(9)

Volviendo a P.Senge, su teoría se basa en que al tránsito desde organizaciones que no se piensan a sí mismas a organizaciones inteligentes se basa en cinco disciplinas. (3)

1. Dominio personal

Las organizaciones sólo aprenden a través de individuos que aprenden. El aprendizaje individual no garantiza el aprendizaje organizacional, pero no hay aprendizaje organizacional posible sin aprendizaje individual. Los individuos con dominio personal expanden continuamente su aptitud para crear los resultados que buscan en la vida. De su búsqueda de aprendizaje continuo surge un espiral de autosuperación. El dominio personal trasciende la competencia y las habilidades; significa abarcar la vida desde una perspectiva creativa y generativa, en vez de meramente reactiva. Las personas con alto nivel de dominio personal son comprometidas y son conscientes de su ignorancia, de sus incompetencias, sus debilidades y zonas de crecimiento.

2. Modelos mentales

Los “modelos mentales” son las imágenes, supuestos e historias que llevamos en nuestra mente acerca de nosotros, los demás, las instituciones y todos los aspectos del mundo. Como un cristal que distorsionara sutilmente nuestra visión, los modelos mentales determinan lo que vemos. Estos modelos tienen que ver con lo que sentimos y lo que hacemos, más que con lo que decimos, lo cual puede ser diferente. Los modelos mentales determinan lo que percibimos y lo que hacemos en consecuencia. Mediante esta disciplina, las personas son conscientes de su propio pensamiento y razonamiento, haciéndolo visible a los demás y realizando a su vez preguntas para clarificar el pensamiento y razonamiento de otros.

3. Visión compartida

En la actualidad, "visión" es un concepto familiar en el liderazgo empresarial. Pero un examen atento revela que la mayoría de las "visiones" son de una persona (o de un grupo) y se imponen sobre una organización. Esas visiones a lo sumo exigen acatamiento, no compromiso. Una visión compartida despierta el compromiso de mucha gente, porque ella refleja la visión personal de esa gente. Las visiones personales extraen su vigor del profundo interés del individuo. Y es por ello que las

visiones personales deben estar en línea con el interés común de la organización. Una de las razones por las cuales la gente procura construir visiones compartidas es el deseo de estar conectadas en una tarea importante. Y vaya si cuidar la salud de las personas lo es.

En el nivel más simple, una visión compartida es la respuesta a la pregunta: "¿Qué deseamos crear?" Así como las visiones personales son imágenes que la gente lleva en la cabeza y el corazón, las visiones compartidas son imágenes que lleva la gente de una organización. Crean una sensación de vínculo común que impregna la organización y brinda coherencia a actividades dispares.

En una institución de salud, como en cualquier organización, una visión compartida modifica la relación de la gente con la empresa. Ya no es la empresa "de ellos" sino la "nuestra". Una visión compartida es el primer paso para permitir que gente que se profesaba mutua desconfianza comience a trabajar en conjunto. Crea una identidad común. El propósito, la visión y los valores compartidos de una organización establecen el lazo común más básico.

Cuando un grupo de personas llega a compartir la visión de una organización, cada cual comparte una responsabilidad por el todo, no sólo por su parte.

No hay organización inteligente sin una visión compartida. Sin la búsqueda de una meta que la gente quiera alcanzar, las fuerzas que respaldan el status quo pueden ser abrumadoras.

4. Aprendizaje en equipo

El aprendizaje en equipo es el proceso de alinearse y desarrollar la capacidad de un equipo para crear los resultados que sus miembros realmente desean. Se construye sobre la base del desarrollo de una visión compartida y del dominio personal. El Aprendizaje en Equipo comienza con el "«diálogo», la capacidad de los miembros del equipo para «suspender los supuestos» e ingresar en un auténtico «pensamiento conjunto»". Implica también reconocer los obstáculos del aprendizaje: por ejemplo los patrones de defensa. Si no se los detecta, erosionan el aprendizaje, pero si se

detectan y se los hace florecer creativamente, pueden acelerar el aprendizaje.

El aprendizaje individual, en cierto nivel, es irrelevante para el aprendizaje organizativo, los individuos pueden aprender todo el tiempo y sin embargo no existir aprendizaje organizativo. Pero si los equipos aprenden, se transforman en un microcosmos para aprender a través de la organización.

5. Pensamiento sistémico

Las organizaciones de salud, como cualquier empresa humana, son sistemas complejos, compuestos por tramas invisibles de actos relacionados que a menudo tardan años en exhibir sus efectos mutuos. Como los profesionales de la salud forman parte de esa urdimbre, les es doblemente difícil ver más allá de su área incumbencia. Solemos concentrarnos en partes aisladas del sistema, en fotos instantáneas y nos preguntamos por qué nuestros problemas más profundos nunca se resuelven. El pensamiento sistémico reconoce esta complejidad y la interdependencia entre los componentes de un sistema. El pensamiento sistémico es un marco conceptual, un cuerpo de conocimientos y herramientas que se ha desarrollado en los últimos cincuenta años, para que los patrones totales resulten más claros, y para ayudarnos a modificarlos.

Barreras para el aprendizaje organizacional

Senge (1993) plantea siete barreras o condiciones que constituyen obstáculos para que una organización aprenda. Las mismas son tan válidas para cualquier empresa como para las instituciones de salud. Estas son: (3)

1. "Yo soy mi puesto":

Cuando las personas de una organización sólo se preocupan por las tareas propias de su puesto y no sienten ninguna responsabilidad por el efecto de su actividad en otras partes de la organización, ni por lo que ocurre en el resto de la misma, se dificulta el aprendizaje. La falta de visión sistémica impide el necesario

intercambio entre personas para que el aprendizaje se produzca. En los hospitales, por ejemplo, esto ocurre cuando se piensa que el problema de las caídas de pacientes es exclusivamente un tema de enfermería o que el problema de las guardias saturadas es un tema excluyente de los emergentólogos y no de toda la organización.

2. “El enemigo externo”:

Se refiere a la práctica generalizada de echar la culpa de los errores a los demás, y no reconocer nunca los propios errores. Esto imposibilita la corrección de los mismos, así como el cuestionamiento de las premisas en las que se fundamentan las propias acciones, lo cual impide, de este modo, el aprendizaje.

3. “La ilusión de hacerse cargo”:

Esta “ilusión” consiste en pensar que responder con agresividad a los problemas es sinónimo de proactividad, esto es, de hacerse cargo de los mismos y afrontarlos antes de que estallen. La agresividad es, a menudo, reactividad disfrazada, más que proactividad, y conduce al bloqueo del aprendizaje.

4. “La fijación en los hechos”:

Consiste en prestar atención tan sólo a lo inmediato, sin ir más allá de los problemas visibles e ignorando aquellos procesos soterrados y a largo plazo, que constituyen la causa de problemas futuros. Esta miopía condena a la organización a la reactividad, imposibilitando la adopción de comportamientos proactivos y de soluciones creativas a los problemas. El aprendizaje a nivel “generativo” es así bloqueado, quedando espacio, únicamente, para un aprendizaje meramente “adaptativo”.

5. “La parábola de la rana hervida”:

Hace referencia a la incapacidad de ver cambios lentos y graduales, siendo solamente sensibles a los cambios rápidos y bruscos. Como consecuencia de dicha incapacidad, la organización adopta medidas para adaptarse a estos últimos, pero no

para adaptarse a los primeros. El resultado es, a menudo, que para cuando la organización se da cuenta de éstos ya es demasiado tarde y, entonces, no tiene tiempo de adaptarse. Por lo tanto, su ceguera le impide aprender y prepararse para el futuro. En este mismo sentido argumenta Gary Hamel “La mayoría de las personas en una industria están ciegas de la misma manera, es decir, que todas están prestando atención a las mismas cosas y desatendiendo las mismas cosas

6. “La ilusión de que se aprende con la experiencia”:

Muchas organizaciones asumen que se aprende mejor de la experiencia, sin tener en cuenta que, en muchas ocasiones, no es posible experimentar directamente las consecuencias de determinados actos o decisiones importantes. Algunos actos o decisiones tienen consecuencias a muy largo plazo. La creencia de que la experiencia directa constituye la fuente principal de aprendizaje, puede impedir la comprensión de muchos fenómenos que tienen efectos a largo plazo, limitando, por lo tanto, la capacidad de aprendizaje real de la organización

7. “El mito del equipo administrativo”:

Mito que se concreta en la creencia de que el equipo directivo está formado por un grupo de personas capacitadas para resolver todos los problemas. Esta creencia puede obstaculizar claramente el aprendizaje, en aquellos casos en que el equipo directivo no tenga capacidad para resolver determinados problemas. En estos casos, resulta más inteligente y constructivo reconocer con humildad la propia limitación para hacer frente al problema o problemas planteados.

Sacando provecho del análisis de causa raíz

El análisis de causa raíz (ACR) es un proceso utilizado por muchas organizaciones para profundizar en los por qué de los eventos adversos. La herramienta brinda una estructura para la investigación, y consiste básicamente en un mapeo del evento, analizando los factores

contribuyentes y sus causas raíces. El proceso busca identificar aquellos problemas organizacionales profundos (fallas de sistema) que subyacen en los eventos con el objetivo de prevenir futuras ocurrencias. Desafortunadamente, muchos ACR fracasan, algunas veces debido a limitaciones propias del proceso y otras veces por la actitud o mentalidad de las organizaciones y personas involucradas en el análisis.⁽¹⁰⁾ Estos y otros factores pueden llevar a los investigadores a focalizarse atentamente en los detalles del evento, en las personas involucradas y en “causas” que son en realidad consecuencias de algo mucho más profundo, llevando a soluciones fáciles y rápidamente accesibles. El trabajo y los recursos gastados en la investigación y el ACR se pierden si no se desentierran los temas organizacionales o si las acciones que se toman a partir del análisis no los abordan.

Dentro de las limitaciones del proceso, debe tenerse en cuenta que el mismo es lineal, lo que genera la falsa noción de una causalidad directa. Como el modelo y la teoría en la que se basa no alcanzan a capturar la real complejidad de los sistemas y la miríada de las circunstancias y condiciones que rodean a los eventos, el mismo modelo sesga a los investigadores hacia la creencia de que los factores identificados son las “únicas” causas del accidente. Además, esta linealidad facilita que se caiga en trampas como la del sesgo retrospectivo. De esa forma, los investigadores del evento tienden a elegir subjetivamente la cadena de eventos ocurridos y sus condiciones decidiendo hasta dónde debe llegar el análisis. Estas limitaciones determinan que, en retrospectiva, el evento parezca lineal, cuando en realidad las circunstancias no les parecen tan lineales a las personas involucradas en el accidente.

Por otra parte, los investigadores del evento deben contar con la capacidad y experiencia necesaria para conducir la investigación y el análisis. El ACR no es algo que pueda limitarse a llenar un formulario. Por último, muchas veces el análisis genera lecciones para toda la organización, pero las mismas no son difundidas o compartidas correctamente.

Los problemas de actitud y mentalidad con que se encara este proceso son otras de las posibles causas del fracaso del ACR. Dado que el foco de este artículo es el aprendizaje organizacional a partir de los errores,

desarrollamos estos problemas y sus posibles soluciones a continuación: (10)

Problema 1: Falta de apoyo institucional

Existe en general una resistencia a confrontar problemas organizacionales profundos. El proceso del ACR se ve muchas veces impedido por numerosas barreras: tiempo limitado, pocos recursos y falta de apoyo de los líderes de la institución.

La posible solución en estos casos es precisamente el aprendizaje organizacional tal como lo hemos descrito, estimulando el dominio personal de los miembros del staff, clarificando los modelos mentales y estableciendo una visión compartida y un aprendizaje en equipo. El pensamiento sistémico ayudará a reconocer la complejidad de los sistemas y la interdependencia de sus componentes. La reflexión debería permitir afrontar problemas de gerenciamiento y de organización.

Problema 2: Confianza en una forma de abordaje que quedó obsoleta

Muchas organizaciones e individuos continúan aferrados a la “vieja visión” acerca de por qué se producen los eventos. Como resultado, los ACR que realizan no llevan a una mejor atención. Sidney Decker, un especialista en errores humanos y seguridad ha escrito acerca de las diferencias entre esta “visión antigua” y la “nueva visión”.⁽¹¹⁾ La visión antigua sostiene que los sistemas pueden ser o hacerse esencialmente seguros. En otras palabras, el objetivo sería lograr que el sistema se pareciera a un tanque blindado. Sin embargo, los sistemas complejos no son esencialmente seguros. Más bien son las personas a distintos niveles de la organización las que generan seguridad utilizando herramientas y tecnología, balanceando su utilización entre objetivos que compiten. La seguridad es lo que el personal hace todos los días, es creada por la gente y es dinámica. No es una propiedad estática del sistema.

En la visión antigua, los eventos individuales a menudo aparecen como sorpresas, especialmente porque suelen ocurrir cuando el personal se encontraba haciendo las cosas que hacen habitualmente, sin tener ninguna mala consecuencia. En la nueva visión, los eventos adversos son una consecuencia natural de la operación de sistemas complejos. Aún así, las organizaciones pueden dar algunos pasos para mejorar la seguridad.

Cuando ocurre algo realmente malo, la vieja visión asume que alguien hizo algo realmente muy mal las cosas o que hay una grieta significativa en el sistema. Pero la tercera ley de Newton (a toda acción le sucede siempre una reacción igual y contraria) no aplica en la causalidad de eventos adversos en sistemas complejos. En estos sistemas, pueden ocurrir eventos desastrosos luego de fallas relativamente menores. Para llegar a esta nueva visión y apuntalar una investigación efectiva de los eventos, se debe reforzar la capacitación de los directivos e investigadores en estos conceptos.

Problema 3: Sesgo retrospectivo

Un elemento crucial que falta en muchos análisis de causa raíz es el esfuerzo para ver las cosas desde una perspectiva que permita aprender acerca del funcionamiento de la organización, es decir, desde la perspectiva de las personas involucradas en el incidente. Tradicionalmente, quienes investigan el evento lo hacen “con el diario del día siguiente” y juzgan las conductas a partir de lo que ahora saben que pasó. Este análisis tendrá siempre un sesgo retrospectivo y llevará a preguntas tales como “¿por qué no hicieron X?” o “¿cómo no vieron Y?”. Las investigaciones basadas en estas premisas se focalizan típicamente en lo que las personas hicieron cuando no deberían haberlo hecho o en lo que no hicieron cuando sí correspondía hacerlo. Y esto puede pasar aún cuando la organización se encuentra comprometida a un trato justo de las personas involucradas en el incidente

Para minimizar el sesgo retrospectivo, los investigadores de eventos adversos deberían tratar de ver las cosas desde la perspectiva incierta y dinámica de las personas involucradas. Si estas personas hubieran sabido lo que iba a pasar, obviamente no hubieran hecho lo que hicieron. Como afirma Dekker, “El punto para comprender el error humano consiste en reconstruir por qué aquellas acciones que hoy aparecen discutidas o incorrectas tenían sentido para las personas en ese momento. Se trata de estrujar al máximo el análisis de los errores de las personas hasta encontrarles algún sentido.” Por eso, la investigación de las perspectivas de las personas involucradas puede llevar a interesantes preguntas acerca del funcionamiento de la organización.

Una buena forma de comprender la perspectiva de las personas involucradas consiste en realizar entrevistas que se concentren en las tareas cognitivas y decisiones

de los mismos en el momento del incidente. Sin embargo, estas entrevistas suelen caer en la confrontación y parecer reuniones disciplinarias. Una forma de reducir este riesgo sería la siguiente (Dekker):

1. Haga que el entrevistado cuente la historia desde su punto de vista
2. Una vez escuchada, repítasela para asegurarse de que la comprendió
3. Trabajen juntos para encontrar los puntos críticos de la historia
4. Trate de ver las cosas tal como se le presentaban al entrevistado en ese momento.

Desafortunadamente, no es infrecuente que las entrevistas se limiten a preguntar al entrevistado por qué no siguió una norma o procedimiento en particular y en explicarle el curso de acción que debió haber seguido. Para evitar este abordaje reducido, los especialistas en factores humanos sugieren utilizar algunas de estas preguntas que no establecen juicios de valor y que permiten dilucidar la perspectiva de la persona involucrada en el momento del incidente:

- ¿En qué se estaba concentrando?
- ¿Si tuviera que describirle la situación a un colega en este punto, qué le diría?
- ¿Encaja esta situación en lo que sería un escenario habitual?
- ¿Lo entrenaron para manejar este tipo de situaciones?
- ¿Qué objetivos gobernaron sus acciones en ese momento?
- ¿Qué otras alternativas tenía?
- ¿Qué esperaba que pasara?

Estos son sólo algunos ejemplos y existen muchas otras posibilidades para sacar provecho de estas entrevistas.

Problema 4: Énfasis en el trabajo “como está escrito” y no “como se hace”

Frecuentemente, las investigaciones se focalizan en evaluar las conductas de las personas involucradas en el evento contrastándolas con las normas y procedimientos existentes. Este abordaje no favorece el aprendizaje organizacional, especialmente cuando las normativas escritas no reflejan la forma de trabajo habitual de la mayoría (cuando no de todas), las personas del staff. Para sacar provecho del análisis, las

investigaciones deberían concentrarse en “cómo se trabaja realmente” y no en “cómo está escrito que se debe trabajar”

La vieja visión sostiene que se pueden crear y sostener sistemas seguros manteniendo el desempeño de las personas dentro de límites establecidos. Cuando se descubre un problema, la típica respuesta consiste entonces en establecer más reglas, protocolos y tecnologías y reprimir a quienes no las cumplen. Sin embargo, es común que las prácticas laborales se modifiquen a medida que cambian las presiones, la carga de trabajo y el ambiente de trabajo. Cambios que por otra parte suelen darse de manera lenta e incremental a lo largo del tiempo, sin que se modifiquen las normas y procedimientos existentes. Estos pequeños cambios en los patrones de práctica pueden ir acumulándose y llevar a la organización a una frontera muy cercana de lo que se considera un desempeño inaceptable y potencialmente peligroso para los pacientes.

Si una investigación concluye en que se violó alguna norma o procedimiento existente, las organizaciones que se aferran a la vieja visión generalmente no profundizan en las razones organizacionales por las cuales la persona se desvió de la norma. En estas situaciones, la persona suele recibir algún tipo de sanción y el trabajo a realizar se concentra en definir mejor la norma y las consecuencias de violarla. La sanción no siempre es formal a través de sumarios internos; muchas veces es más sutil, haciendo sentir a las personas culpables y limitando la reeducación a las personas involucradas.

La nueva visión reconoce que las personas obedecen tanto o más a reglas no escritas que a lo que está volcado en los protocolos formales. Algunas normas, como las prescriptas por los entes reguladores son innegociables. Sin embargo, algunas normas tales como la estandarización de los procesos, deben estar formuladas sobre bases realistas. Muchas reglas están fuera del alcance por la forma en la que se trabaja realmente o pueden ser extremadamente prescriptivas, no dejando margen de maniobra. Un corolario importante para quienes manejan el riesgo institucional es que resulta peligroso tener una normativa escrita que el personal no puede cumplir. En casos de juicios por responsabilidad profesional, es fácil para los abogados de parte actora utilizar la norma no cumplida como

evidencia de negligencia por parte de la organización. Un buen abordaje consiste en determinar cuál es la brecha entre la norma y la práctica real y tratar de comprender por qué, desde la perspectiva del aprendizaje organizacional existe la misma. Esto puede realizarse a partir de un evento determinado, pero también sobre bases continuas, de forma tal que los problemas de seguridad puedan ser identificados antes de la ocurrencia del evento adverso.

Problema 5: Falla para llegar a causas raíces verdaderas

Muchos ACR no profundizan lo suficiente como para llegar a la médula del problema. Cuando esto ocurre, las acciones tomadas como resultado del mismo no abordan los temas organizacionales profundos que jugaron en la ocurrencia del evento, haciendo que la institución sea incapaz de mejorar apreciablemente la seguridad. Los esfuerzos y recursos gastados en el ACR se pierden.

Un problema común es que los investigadores paren en lo que ellos creen que es una causa raíz, cuando la misma se trata sólo de un efecto de deficiencias profundas del sistema, tales como temas gerenciales y de organización. Uno de los primeros culpables y a quien suelen endilgarles todos los males es el error humano. Toda la investigación y el análisis muchas veces se dirige erróneamente a descubrir el error humano, y el trabajo real cesa cuando este error es identificado. El error humano suele tener para los investigadores distintas apariencias, tales como falta de conciencia de la situación, complacencia, vagancia, pobre supervisión o mal diseño. Cuando se identifica a la falta de conciencia de situación como una causa raíz, significa simplemente que las personas involucradas en el evento no comprendían lo que estaba pasando alrededor de ellos en ese momento. Este es otro artefacto del sesgo retrospectivo: las verdaderas circunstancias que no eran claras para los individuos sólo lo son para todos en retrospectiva. Las preguntas más reveladoras en estos casos, como vimos, serían: ¿en qué estaban concentrados en ese momento?, ¿con qué escenario creían que estaban enfrenándose? ¿cómo varió su comprensión a medida que el evento progresaba?.

Esto no significa que sea un error entrenar al personal para que mejoren su conciencia situacional, cosa que puede hacerse. De manera similar, los problemas de

diseño deberían ser considerados, evaluados y compartidos con otros (ej: proveedores, socios en la atención). Sólo se debe saber que estos temas no son verdaderas causa raíces y tampoco son el fin de la investigación. Ahora bien, si el error humano no es el fin de la investigación, cuál es? Dekker lo explica de la siguiente manera:

“El error humano es un subproducto inevitable de la búsqueda del éxito en un mundo imperfecto, inestable y escaso de recursos. La ocasional contribución humana a la falla se da porque los sistemas complejos necesitan una abrumadora contribución humana para su seguridad”

El error humano es también un signo de problemas profundos dentro del sistema. No significa el fin de la investigación sino tan sólo del comienzo. El objetivo es comprenderla conducta de las personas involucradas y los temas de organización y gerenciamiento que los influenciaron. ¿Y cuáles son estos problemas organizacionales profundos que pueden subyacer en los eventos?. Un tema que suele ser subestimado por las organizaciones es el impacto del conflicto de objetivos que tiene el personal en el trabajo de todos los días y, consecuentemente, su rol en la generación del evento adverso. Los líderes de la organización pueden preocuparse por la seguridad, hablar de la seguridad, y esperar que el personal sepa que “la seguridad siempre está primero”. Pero estos mismos médicos y enfermeros saben todas las otras cosas que también son importantes para la organización sobre bases diarias y la importancia relativa que les dan sus jefes a cada una de ellas. Si los jefes y gerentes pasan la mayor parte de su tiempo desatacando la importancia de la eficiencia y el control del gasto, el personal reconoce que éstas son prioridades extremadamente altas para la organización. Los profesionales deben entonces hacer malabarismos con los distintos objetivos propuestos a medida que se ocupan de sus pacientes. En otras palabras, la primera línea de atención expresará este conflicto entre distintos objetivos en el punto de atención.

Tener otros objetivos aparte de la seguridad no es algo malo. De hecho, la organización no debería continuar operando si no trabajara activamente para cumplirlos. Los siguientes son algunos ejemplos de otros objetivos que pueden ser también importantes: calidad, eficiencia, ocupación, finanzas, satisfacción de los pacientes y empleados, reputación y cumplimiento de

las regulaciones. Generalmente, el conflicto entre estos intereses no puede ser eliminado totalmente, pero no deberían ser ignorados cuando se analizan eventos adversos.

Problema 6: Inadecuado abordaje de las causas raíces

Aún si un ACR identifica efectivamente los temas organizacionales profundos que subyacen en la ocurrencia del evento, el trabajo y los recursos gastados en la investigación y el análisis se pierden si las acciones tomadas como resultado del mismo no abordan estos temas. Distintas organizaciones de seguridad del paciente han observado problemas comunes en las recomendaciones y planes de acción desarrollados a partir de los ACR. Muchas veces las recomendaciones no se relacionan estrictamente con las causas raíces que el análisis identificó. No se consultan tampoco recursos externos (literatura, guías) para desarrollar la recomendación. Estas a su vez pueden ser muy genéricas, vagas y no mensurables. Los planes de acción pueden depender en forma parcial o total de estrategias muy débiles, como escribir un memorándum, escribir o revisar una norma, o brindar una capacitación muy limitada (ej: capacitación dirigida sólo al proceso involucrado en el evento o sólo a las personas que intervinieron). Otras veces, las recomendaciones no se implementan o son implementadas parcialmente.

Para ser efectivas, las recomendaciones y planes de acción deberían abordar las causas raíces identificadas por los analistas con estrategias sólidas y específicas. Puede ser necesario establecer recomendaciones de corto, mediano y largo plazo. Las organizaciones también deberían crear formas de medición para monitorear la implementación de las medidas aconsejadas, midiendo su efectividad y sustentabilidad.

Problema 7: Insuficiente seguimiento

Luego de implementar las recomendaciones, la organización debería continuar registrando cuasiincidentes y eventos adversos. Pero estos no son buenos indicadores, ya que la reacción recién ocurre cuando el evento sucedió. Las organizaciones tampoco suelen aprender entre una y otra investigación. Además, los eventos adversos serios que ameritan un análisis de causa raíz no ocurren con frecuencia y no brindan, por sí mismos una información útil acerca de si la organización

se ha vuelto más segura como resultado del evento sufrido.

Además de continuar registrando cuasiincidentes y eventos adversos, las organizaciones deberían desarrollar indicadores que sirvan para monitorear el desempeño de los procesos de mejora de seguridad. Se trata de establecer una métrica proactiva que identifique los peligros que pueden surgir de la interacción de las personas con los procesos y el ambiente. Estos indicadores medirían lo que la organización quiere que ocurra y cómo pretende desempeñarse en el futuro. Demostrando el desempeño de procesos de trabajo claves, disciplina operativa y barreras de protección para prevenir incidentes. Indicadores de este tipo facilitarían la detección temprana de problemas emergentes y ayudarían a la mejora continua. En otras palabras, estos indicadores de proactividad brindan a la organización una mejor pintura de su desempeño en seguridad porque indican lo que realmente le está pasando en el día a día. Algunos ejemplos de estos indicadores serían: el entrenamiento y la competencia demostrable del personal en estos temas, evidencias del cambio de cultura, reportes de peligros, resultados de la observación directa y el control de los planes de acción sugeridos.

Las bases del aprendizaje organizacional.

La investigación de más de dos décadas sobre este tema ha revelado que existen tres grandes factores que resultan esenciales para el aprendizaje y la adaptabilidad organizacional: un ambiente que apoye el aprendizaje, procesos de aprendizaje concretos y una conducta de liderazgo que refuerce lo anterior. Cada uno de estos pilares y sus subcomponentes, si bien son vitales para el resultado final, son independientes y pueden ser medidos de manera separada. (12)

Pilar 1: Un ambiente que apoye el aprendizaje

Un ambiente de apoyo al aprendizaje tiene cuatro características distintivas:

- a) Seguridad psicológica: Para aprender, los empleados no deben temer ser menospreciados o marginados cuando discrepan con colegas o con figuras de autoridad, cuando formulan una pregunta ingenua, admiten errores o sostienen un

punto de vista minoritario. Por el contrario, deben sentirse cómodos expresando lo que piensan sobre el trabajo que tienen entre manos.

- b) Apreciación de las diferencias: El aprendizaje ocurre cuando las personas toman conciencia de ideas opuestas. El reconocimiento del valor de otras perspectivas y de visiones del mundo alternativas aumenta la energía y motivación, desatan pensamientos innovadores y previenen contra la letargia y la chatura.
- c) Apertura a nuevas ideas: El aprendizaje no consiste simplemente en corregir errores o solucionar problemas. También se trata de crear abordajes novedosos. Se debería estimular a los empleados a tomar algunos riesgos controlados y explorar lo poco probado o desconocido.
- d) Tiempo para la reflexión: Demasiados gerentes son juzgados por la cantidad neta de horas que trabajan y por el número de tareas que desempeñan. Sin embargo, cuando las personas están muy ocupadas o sobre estresadas por vencimientos de plazos o presiones de agenda, su capacidad para pensar de manera analítica y creativa se encuentra comprometida. Son entonces menos capaces para diagnosticar problemas y aprender de sus experiencias. Los ambientes que apoyan el aprendizaje permiten el suficiente tiempo para pausas en la acción y estimula la revisión minuciosa de los procesos de la organización.

Para cambiar una cultura de culpa y silencio acerca de los errores, la Jefa de Operaciones del Children's Hospital de Minnesota, Julie Morath, instituyó una nueva política de "reporte sin culpa" que estimulaba el reemplazo de términos amenazantes como "errores" o "investigaciones" por términos con menor componente emocional como "accidentes" y "análisis". Para Morath, la cultura de los hospitales debe ser la de una y todas las personas trabajando juntas para comprender la seguridad, identificar riesgos y reportarlos sin temor a represalias. El resultado fue que las personas comenzaron a colaborar en toda la organización para hablar sobre conductas, normas o sistemas que ponían en riesgo a los pacientes. Con el tiempo, estas actividades de aprendizaje llevaron a reducciones

medibles en el número de muertes prevenibles y complicaciones en esa institución.

Pilar 2: Procesos de aprendizaje concretos

Una organización inteligente con capacidad de aprender no se cultiva sin esfuerzo. Surge de una serie de pasos concretos y de actividades ampliamente distribuidas, no muy diferentes de otros procesos de trabajo como logística, cobranzas o desarrollo de productos. El proceso de aprendizaje involucra la generación, recolección, interpretación y disseminación de la información. Incluye la experimentación para desarrollar y probar nuevas formas de hacer las cosas, la capacidad de análisis para identificar y resolver problemas y una adecuada capacitación y entrenamiento del personal, tanto nuevo como antiguo..

Para que el impacto sea mayor, el conocimiento debe ser compartido de una manera sistemática y claramente definida. Este compartir puede darse entre individuos, grupos o en toda la organización. El conocimiento puede desplazarse de manera lateral o vertical dentro de la organización. El proceso de compartir información puede estar orientado, por ejemplo, hacia dentro de la institución, con el ojo puesto en la necesidad de medidas correctivas. Luego de completado un proyecto o una tarea, el proceso podría establecer una revisión posterior de lo actuado cuyas conclusiones podrían luego a su vez ser compartidas con otras personas que realizan tareas similares en la institución. Otra alternativa puede ser compartir conocimiento con personas ajenas a la organización, como podrán ser foros periódicos con pacientes o especialistas en un tema para obtener sus perspectivas sobre las actividades de la organización y sus desafíos. La combinación de estos procesos concretos de aprendizaje garantizan que la información esencial fluya de manera rápida y eficiente hacia las manos de aquellos que la necesitan.

El mejor ejemplo de este tipo de abordaje tal vez sea el U.S. Army After Action Review (AAR), un proceso desarrollado por el ejército norteamericano para revisar su desempeño luego de cada misión, proyecto o actividad crítica. La herramienta es utilizada actualmente por varias compañías de distintas industrias. La revisión se basa en responder a cuatro preguntas básicas: ¿Qué era lo que teníamos que hacer? ¿Qué fue lo que pasó? ¿Por qué pasó? ¿Qué es lo que

tendríamos que hacer la próxima vez? (que actividades debemos mantener y cuáles debemos mejorar). En el ejército, las lecciones se mueven muy rápido hacia arriba y hacia abajo a través de la cadena de mandos y lateralmente a través de sus sitios web especiales. Los resultados son luego codificados por el Center for Army Lessons Learned- CALL - (Centro de Lecciones Aprendidas por el Ejército)

Pilar 3: Liderazgo para reforzar el aprendizaje

La conducta de los líderes influye significativamente sobre el aprendizaje organizacional. Cuando los líderes se embarcan activamente en diálogos con sus empleados, los escuchan y están dispuestos a debatir, las personas en la institución se sienten estimuladas para aprender. Si los líderes destacan la importancia de destinar tiempo para identificar problemas, transferir conocimiento y reflexionar sobre las tareas realizadas, es muy probable que este tipo de actividades florezca. Cuando quienes tienen el poder demuestran a través de su propia conducta el deseo de contemplar puntos de vista alternativos, los empleados se sienten animados a ofrecer nuevas ideas y opciones.

Harvey Golub, ex Director Ejecutivo de American Express, era muy renombrado por su habilidad para enseñar a sus gerentes y empleados. Estimulaba fuertemente el razonamiento activo y forzaba a los gerentes a pensar creativamente y de maneras inesperadas. Un subordinado observó que frecuentemente planteaba las cosas desde un ángulo totalmente diferente para asegurarse de que los abordajes convencionales no fueran aceptados sin ser escrutados primero. “Estoy menos interesado en la respuesta correcta que en el mecanismo de pensamiento que lo lleva a hacer bien las cosas. ¿Qué criterios utilizan?, ¿Por qué piensan así?, ¿Qué alternativas consideraron?, ¿Cuáles son las premisas que tienen?, ¿Sobre qué bases se paran?. Sus preguntas no apuntaban a una respuesta en particular, sino a generar una discusión de mente abierta.

Los tres pilares del aprendizaje organizacional se refuerzan unos a otros y, hasta cierto grado, se superponen. Así como las conductas de los líderes ayudan a crear un ambiente que apoya el aprendizaje, un clima de este tipo facilita que los gerentes y empleados implementen procesos de aprendizaje concretos y mejoren su práctica. Continuando con el

círculo virtuoso, los procesos concretos de aprendizaje brindan una oportunidad para que los líderes se comporten de una manera que estimule el aprendizaje y cultive esa conducta en otros.

Bibliografía

- 1.Kohn L, Corrigan J, Molla S, Donaldson M (editors) To err is Human: building a safer health system. Washington DC, National Academy Press, 1999
- 2.Carroll JS; Edmondson A.C Leading organizational learning in health care. Qual Saf Health Care 2002 11: 51-56
- 3.Senge, P. (1993). La quinta disciplina. Barcelona: Granica.
- 4.Argyris, C. (1999). Sobre el aprendizaje organizacional. México: Oxford.
- 5.Levinthal, D.A.; March J.G. The myopia of learning. Strat. Manag. J. 1993,14, 95–112.
- 6.Goh, S.C.; Chan, C.; Kuziemy, C. Teamwork, organizational learning, patient safety and job outcomes. Int. J. Health Care Qual. Assur. 2013, 26, 420–432.
7. Bapuji, H.; Crossan M. From questions to answers: Reviewing organizational learning research. Manag. Learn. 2004,35, 397–417.
- 8.Peirce, J.C. The paradox of physicians and administrators in health care organizations. Health Care Manag. Rev. 2000, 25, 7–28.
- 9.Ratnapalan S; Uleryk E. Organizational learning in health care organizations. Systems 2014, 2, 24-33
- 10.ECRI Institute. Getting the Most out of Root Cause Analyses. Healthcare Risk Control (HRC). Guidance article. February 10, 2015
- 11.Dekker S. The field guide to understanding human error. Burlington (VT); Ashgate Publishing, 2006
- 12.Garvin DA; Edmondson AC, Gino F. Is yours a learning organization? Harvard Business Review. March 2008