

CUIDAR A QUIENES CUIDAN: Cómo recuperar el sentido y la alegría de trabajar en salud *

Dr. Fabián Vítolo
Noble Compañía de Seguros

El mes pasado, en el marco del VI Foro Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud organizado por el IECS (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria), visitó Buenos Aires la Dra. Tejal Gandhi, Presidenta de la NPSF de los Estados Unidos (National Patient Safety Foundation), una de las organizaciones líderes de seguridad del paciente del mundo. El título de su disertación me resultó muy sugestivo: "A través de los ojos del personal. Creando alegría, significado y una atención en salud más segura." El concepto que nos quiso dejar con sus palabras fue que la seguridad de los pacientes está inextricablemente ligada a la seguridad del personal de la salud. En la medida que no se les brinde a quienes cuidan la protección, el respeto y el apoyo que necesitan, será mucho más probable que cometan errores, que no trabajen en equipo y que se aparten de prácticas seguras.

El núcleo de su presentación se basó en un documento del mismo nombre publicado en 2013 por el Instituto Lucian Leape, dependiente de la NPSF. Se recogen en este reporte los resultados de varias mesas redondas y focus groups con médicos, enfermeras, gerentes y expertos en seguridad, con la creencia compartida de que la productividad, la seguridad y la experiencia positiva de los pacientes requieren de un ambiente en el cual la fuerza de trabajo encuentre alegría y sentido en su tarea. El objetivo del grupo de trabajo fue llegar a un consenso acerca de los valores, prácticas y características que permitan a las organizaciones de salud, a los profesionales y al resto del personal achicar rápidamente la brecha entre las condiciones actuales de trabajo y las condiciones que garanticen una cultura de excelencia. Si bien las opiniones son del personal

sanitario de los Estados Unidos, la mayoría de sus conclusiones son absolutamente aplicables a nuestro medio. A continuación, un resumen.

Cómo se trabaja en instituciones de salud. Estado actual

A través de toda la fuerza de trabajo laboral, la ambigüedad de roles, el trabajo inútil y que no agrega valor, la falta de trabajo en equipo y un ambiente generalizado de poco respeto le están robando a las personas aquellas experiencias que dan significado y alegría a sus vidas laborales. Estos problemas afectan a la totalidad de la fuerza de trabajo, desde el prestador clínico abrumado por trabajos administrativos y papeleos, al ejecutivo desmoralizado por requerimientos de reportes innecesarios y regulaciones burocráticas. Cuando hablamos de dar significado nos referimos a la sensación de importancia de la acción que realizan, y cuando hablamos de alegría aludimos a la sensación de placer y al sentimiento de éxito y satisfacción como resultado de un acto significativo. Alegría y significado no son nociones sentimentales. No puede haber pacientes seguros si quienes los atienden se encuentran expuestos a la inseguridad física, psicológica o laboral. Su seguridad es una condición previa al significado y la alegría, y esta condición previa debe ser una prioridad duradera y no negociable del sistema de salud.

La fuerza de trabajo en salud está compuesta por personas de muy diversa edad, capacitación, estado socioeconómico y entrenamiento. Se trata en su

**Traducción, resumen y adaptación del documento: "Through the Eyes of the Workforce. Creating Joy, Meaning and Safer Health Care". Report of the Roundtable on Joy and Meaning in Work and Workforce Safety. Lucian Leape Institute. National Patient Safety Foundation. Boston, 2013*

inmensa mayoría de gente bien intencionada y preparada que cumple distintos roles con un objetivo común: que los pacientes sean bien atendidos. Esta misión de cuidar a sus semejantes cuando más vulnerables son y cuando más lo necesitan es la que otorga un gran significado a su tarea. Este sentido de misión que tienen los médicos, enfermeras y resto del personal es también lo que les permite cumplir con su vocación de manera alegre y positiva.

Sin embargo, una gran cantidad de trabajadores de la salud sufren daños – emocionales y físicos – en su trabajo. Muchos de ellos sufren intimidaciones, hostigamiento, menosprecio, ninguneo y, en los casos más extremos, violencia física. También es frecuente que se enfermen o lesionen por exponerlos a condiciones de trabajo riesgosas para su salud, aún cuando se conoce la forma de evitar estos riesgos laborales.

Esta situación determina, por ejemplo, que el 60% de los médicos encuestados para este trabajo estuvieran pensando seriamente en abandonar la práctica por encontrarse desanimados y que el 33% de las nuevas enfermeras busquen otro trabajo dentro del año de graduación.(1) La falta de respeto, la carga de regulaciones, la necesidad de mantener registros cada vez más detallados y la tolerancia a conductas disruptivas que no promueven el trabajo en equipo, son citadas por la literatura como los desafíos a los que se enfrenta la fuerza de trabajo en salud.

Por distintas razones, el sistema de salud ha estado expuesto durante los últimos cincuenta años a presiones para aumentar la productividad y reducir costos, dentro de las cuales el sistema de pagos no es un tema menor. Un sistema que paga fundamentalmente por producción y transacciones, reduciendo las complejas relaciones entre los distintos prestadores y entre éstos y sus pacientes, a una exigente serie de tareas que deben ser realizadas bajo una excesiva presión de tiempo. Se hace muy difícil así disfrutar del trabajo y alcanzar el máximo potencial.

Lugares de trabajo vulnerables

La protección de la seguridad física y psicológica de la fuerza de trabajo es la precondition básica de un lugar de trabajo seguro. Sin embargo, en muchas organizaciones de salud estas condiciones están

notablemente ausentes o son consideradas opcionales. El poco respeto por los trabajadores se manifiesta en malos tratos por parte de colegas y supervisores y en la presencia de condiciones físicas peligrosas con riesgo para la salud de los trabajadores.

Daño Físico

La prevalencia de daños físicos experimentados por la fuerza de trabajo en salud es llamativa. Datos recientes indican que la tasa de lesiones, especialmente entre enfermeras, es 30 veces mayor que en otras industrias.(2) Tanto los problemas musculo esqueléticos y lumbares como los contactos no protegidos con patógenos de la sangre son comunes.(3) Ya en el año 1998, el Presidente de la Comisión Asesora para la Protección del Consumidor y la Calidad en la Industria de la Salud había marcado una tendencia preocupante: “La tasa de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en el sector salud viene creciendo a un ritmo preocupante: Entre 1985 y 1995, esta tasa creció un 25% en hospitales y un 37% en otros centros de salud. Durante el mismo período, la tasa de lesionados y enfermos en el resto de la industria sólo había aumentado un 3%.(4) Se deben tomar acciones para reducir la inaceptable tasa de lesiones en los trabajadores de la salud.”

Diez años después, la historia no había mejorado mucho. En el año 2010 la Oficina de Estadísticas del Ministerio de Trabajo de los EE.UU informó 670.000 lesiones y enfermedades laborales en el sector de salud y asistencia social. En 2007, esta tasa era de 5,6 cada 100 trabajadores de tiempo completo, mientras que el promedio de otros sectores era de 4,2.(5)

Los trabajadores de la salud viven en un estado de riesgo innecesario motivado por estructuras organizacionales rígidas y modelos jerárquicos que son deficientes en términos de respeto, trabajo en equipo y transparencia. La declaración “Nuestra gente es nuestro activo más importante” que aparece formalmente encabezando las “visiones” de las organizaciones de salud de los EE.UU, suenan a palabras huecas cuando en muchas de estas organizaciones no hay mayores evidencias, ni estrategias, ni acciones que sostengan esta declaración.

En un prestigioso centro de la costa este, 62 miembros del staff se vieron expuestos a patógenos de la sangre

en un período de dos meses. El análisis de estos eventos reveló que en el 90% de los casos no se utilizó equipo de protección.(2) Este hallazgo sugiere que ni el personal ni sus supervisores estaban muy preocupados por los riesgos ocupacionales en el trabajo de todos los días. ¿Acaso la cultura actual cree que una exposición de este tipo es parte de la naturaleza del trabajo?

Ejemplo 1: Silvia E. es una instrumentadora experimentada. Durante una cirugía estuvo expuesta a un gran volumen de sangre que impregnó totalmente su camisolín, mojándolo y pasando a su piel. En vez de quitárselo, desinfectarse nuevamente y ponerse un camisolín limpio, continuó asistiendo al equipo. A todo el mundo le pareció lo más natural. Nadie le preguntó si quería cambiarse, no se pensó en alguien que la reemplazara mientras lo hacía, ni se ofreció parar para que solucionara su problema. Si bien se trataba de una cirugía programada, el ritmo de trabajo y la agenda quirúrgica del día fue priorizada sobre su seguridad. Silvia tenía una pequeña herida en el antebrazo que se infectó a partir de este incidente y debió estar varios meses en tratamiento.

Las pobres condiciones de trabajo, los riesgos no atendidos y la alta tasa de lesiones tienen un profundo impacto en los trabajadores de la salud. Cerca de un tercio de las enfermeras que respondieron a una encuesta nacional reportaron haber experimentado lesiones lumbares o músculo esqueléticas en el último año, y el 13% notificó contactos no protegidos con patógenos de la sangre.(6) El 75,9% de las enfermeras entrevistadas por la American Nurses Association indicaron que las condiciones de trabajo inseguras interferían con la atención de calidad.(7)

Ejemplo 2: Amanda J es una enfermera que trabaja en el turno noche en un hospital rural. Ha sido testigo del aumento de peso de los pacientes durante los últimos 20 años. Si bien desde hace tiempo que se considera en el presupuesto la compra de equipamiento para facilitar la movilización de este tipo de pacientes, siempre aparecen otras prioridades, y también se difiere la capacitación del personal en técnicas seguras para levantar pacientes. Al no poder conseguir alguien que la ayudara, Amanda intentó pasar a un paciente obeso de la cama a una silla por sí misma. Al hacerlo, sufrió una hernia de disco aguda. Actualmente se encuentra totalmente incapacitada y sufre de dolor crónico.

Daño psicológico

En muchas organizaciones de salud, el personal es rutinariamente tratado con desconsideración o, peor aún, con falta de respeto. Los trabajadores no se sienten psicológicamente seguros, no se les brindan los recursos necesarios para llevar a cabo su tarea, y no se sienten apreciados. El sector salud tiene una larga historia de tolerancia a conductas irrespetuosas por parte de médicos y, en algún grado menor de enfermeras, y la evidencia indica que esta tolerancia continúa.(8)(9) El abuso emocional, la intimidación, el aprendizaje a través de la humillación y aún las amenazas físicas son a menudo naturalizadas y aceptadas como condiciones “normales” de trabajo en hospitales y centros de salud.(10)(11) Otras conductas menos manifiestas incluyen el ninguneo, el aislamiento y la utilización de expresiones no verbales de juzgamiento, burlas o exasperación. Estas conductas impactan sobre la seguridad, el clima organizacional y la satisfacción en el trabajo.(12)(13) Crean una cultura de temor y autocensura, disminuyen la moral, el orgullo individual y colectivo y dificultan el aprendizaje, quitándole alegría y significado al trabajo.

Ejemplo 1: Nancy W. es una obstétrica experimentada de un gran hospital universitario. Fue acorralada en una escalera por un médico que la agarró por su garganta y le advirtió que nunca más volviera a cuestionar su conducta en sala de partos. No reportó el evento hasta que temió por su seguridad cuando el mismo médico volvió a cruzarla en un pasillo con miradas amenazadoras. La respuesta de su supervisor fue asignarla a otras tareas fuera de sala de partos. La obstétrica llevó entonces su protesta al Director del Departamento de Enfermería y al Jefe de Servicio. El médico fue suspendido y obligado a realizar un tratamiento para el manejo de la ira con apoyo psicológico antes de volver a trabajar. Finalmente, Nancy solicitó ser transferida de la unidad porque no creía que las acciones tomadas fueran suficientes para prevenir eventos similares o abuso en el futuro y no confiaba en que las autoridades fueran a crear un ambiente libre de este tipo de conductas.

Virtualmente todos los trabajadores de la salud pueden recordar historias similares, las cuales -aún siendo infrecuentes-, son una muestra de hasta dónde puede llegar la intimidación, las conductas abusivas y el temor

en las organizaciones de salud. Pero estas historias dramáticas, si bien son críticamente importantes, no deberían desviar la atención de otro tipo de conductas mucho más sutiles y generalizadas en donde se humilla, se es despectivo o se realizan bromas a expensas de colegas o compañeros de trabajo, erosionando su confianza y auto-estima. Estas conductas degradantes impiden el trabajo en equipo. Comentarios tales como: “¿Vos sos médico..?, ¿Qué estás haciendo vos acá? o “¿Cómo no sabés esto? y la utilización de groserías e insinuaciones sexuales son bastante generalizadas y tóxicas. Sin embargo, este tipo de actitudes son raramente visibles para las autoridades no médicas de las organizaciones.

El problema no se limita a los médicos. Las enfermeras más antiguas también se ven involucradas muchas veces en situaciones de acoso y abuso físico o verbal sobre enfermeras novatas.(14)(15) Los estudiantes, por su parte, reportan abusos por parte de todos: médicos de planta, residentes, enfermeras y pacientes, aumentando la probabilidad de que cuando se reciban imiten estas actitudes. El burnout y síntomas depresivos llevan a los estudiantes a considerar seriamente abandonar la carrera, aún estando en el último año.(16) De aquellos que se reciben e ingresan a la residencia, el 25% reporta haber sido objeto a conductas abusivas por parte de residentes superiores, enfermeras y obstétricas que afectaron su autoestima. Más de dos tercios de estos residentes no presentaron ninguna queja acerca de cómo eran tratados.(17) Demasiado a menudo los nuevos médicos y enfermeras que ingresan a un sistema en donde el poco respeto por los colegas y otros trabajadores no sólo es tolerado sino que es la norma. Esta cultura comienza con la misma formación de los profesionales de la salud, llena de ritos para ganarse el derecho de piso, falta de abordajes al aprendizaje en equipo y jerarquías intra e interprofesionales muy rígidas que se oponen a la cultura de seguridad.(18)

Ejemplo 2. J.M, un residente de primer año que ayudaba a un cirujano de planta, respondió a una orden un poco más lento de lo que el cirujano esperaba. Ahí nomás el cirujano le exigió que le diera el teléfono celular de su madre. Intimidado y aturdido, el residente le pasó el número. El cirujano interrumpió el procedimiento, llamó, y luego de confirmar la identidad de la madre, le gritó: “Su hijo es un idiota”. El resto del equipo quirúrgico fue testigo silencioso de esta conducta. Nadie hizo nada.

Las experiencias repetidas de falta de respeto y humillación llevan a abstenciones, bloqueos en la comunicación y distracciones.(19)(20) Una cultura que tolera conductas disruptivas, degradantes o de superioridad dificulta la seguridad psicológica de los trabajadores. En este tipo de ambientes, es difícil que los enfermeros, médicos o resto del personal reporten errores propios o ajenos por el miedo a ser castigados.

Otro aspecto de la seguridad psicológica tiene que ver con el apoyo que se le brinda a las personas que se equivocan. Cuando ocurren eventos adversos serios, hay dos víctimas: el paciente y el médico o enfermera que cometió el error. Un prestador en estado de shock puede estar inhabilitado psicológicamente para participar al 100% en todos los aspectos vinculados a la respuesta que debe darse a la situación: comunicación honesta y compasiva con el paciente dañado y su familia, prevención de daños mayores, investigación de posibles causas y análisis y rediseño de los procesos relevantes para evitar que vuelva a ocurrir.(21) Es en esos momentos en donde el profesional, habitualmente devastado, debe sentirse más apoyado por la organización.

Otro síntoma de lugares de trabajo tóxicos es el poco respeto por el tiempo de la fuerza de trabajo. La asignación de horas extendidas de trabajo, cambios inesperados de turnos o guardias termina fatigando al personal y demuestran poca consideración por las necesidades personales y familiares de los trabajadores. La emisión de órdenes de cumplimiento inmediato que interrumpen el flujo de trabajo y la atención hace notorio que el jefe o la persona de mayor jerarquía en el escalafón tiene intereses que son más importantes que los esfuerzos planificados del trabajador de la salud.

El costo de la inacción

La falta de normas culturales que establezcan las precondiciones de seguridad psicológica y física disminuye la motivación y resta significado al trabajo. El daño que se produce afecta a todos: médicos, enfermeras, empleados, organizaciones, pacientes, familias... y también a la economía. Los costos del burnout, de los juicios laborales o por responsabilidad profesional, las horas de trabajo perdidas y la incapacidad para generar nuevas vocaciones en el sector salud son un verdadero desperdicio y

sobrecargan el peso que de por sí tienen las enfermedades.(22) (23)

Se pierden en el sector salud más días de trabajo completo que en industrias como la minería, la manufactura industrial y la construcción.(24) Además del daño producido a los individuos, la constante reestructuración de las agendas de trabajo para ajustarse a las licencias de los empleados lesionados, sobrecarga física y emocionalmente a quienes deben suplirlos, aumentando el riesgo de daños.

Las deficientes prácticas gerenciales, las bajas expectativas y la limitación de recursos generan condiciones negativas que impactan sobre la seguridad de los pacientes, de los trabajadores y de la comunidad. La falta de consideración con los trabajadores aumenta la probabilidad de daños a los pacientes. El poco respeto a los pacientes es a su vez una de las principales causas de juicios por responsabilidad profesional, lo que termina dañando las finanzas y la reputación de las organizaciones.

Todos estos factores se combinan para crear una verdadera crisis en las vocaciones asociadas al cuidado de la salud, particularmente en la profesión de enfermería. La Asociación de Colegios de Enfermería de los Estados Unidos ha identificado a la falta de personal como la principal causa de estrés en el trabajo, impactando sobre la satisfacción en el trabajo y llevando a muchas enfermeras a abandonar la profesión.

La seguridad de los trabajadores en instituciones de salud es manejada de manera aislada y separada a la seguridad de los pacientes, generalmente bajo los programas establecidos por las aseguradoras de riesgo del trabajo y los Departamentos de Recursos Humanos. Raramente se ve un abordaje integrado en donde la seguridad laboral sea un indicador más de la cultura de la organización; la misma cultura de la que depende la seguridad de los pacientes. Ambas “seguridades” (de los trabajadores y de los pacientes), están íntimamente relacionadas y basadas en los mismos principios. Sin embargo, una encuesta realizada por la Sociedad de Profesionales en Seguridad del Paciente de la NPSF encontró que mientras el 99% de los encuestados estaban de acuerdo en la relación existente entre la seguridad de los trabajadores y la de los pacientes, sólo el 16,5% reportó iniciativas vinculadas a la seguridad laboral dentro de los planes de calidad y seguridad

institucionales.(25) Un abordaje sistémico tendiente a la creación de una cultura de seguridad debería, por definición, estimular el alineamiento o la integración de los esfuerzos en seguridad laboral con los de seguridad de los pacientes.

Los Directorios de muchas organizaciones están a menudo inadvertidos de este problema, limitándose a resolver los temas financieros, si bien se sabe que las prioridades del Directorio tienen un impacto trascendental en la calidad del servicio. Las lesiones de la fuerza de trabajo a menudo no son visibles ni constituyen un prioridad para los Directores Ejecutivos y otras autoridades de la organización. Al mismo tiempo, muchos líderes hospitalarios tienen poca conciencia del problema y no están bien preparados para manejar conductas disruptivas. La seguridad de los trabajadores rara vez es una prioridad en los presupuestos anuales. Esta falta de atención y de acción hace que los líderes de la organización permitan, aún sin saberlo, conductas de riesgo y la existencia de lugares de trabajo inseguros.

¿Qué puede hacerse?

Pese al inquietante panorama descrito, hay organizaciones en los EE.UU. (y en el mundo) en donde los valores del respeto, de la transparencia y del trabajo en equipo son apreciados, en donde los prestadores de salud trabajan en un medio seguro que los protege y los considera, disfrutando de su tarea y realizándose como personas y profesionales. Estas instituciones pueden servir como modelos para aquellos que quieren mejorar. Hay además cada vez más evidencias acerca de lo que pueden hacer las organizaciones para garantizar la seguridad de los pacientes a través de la mejora la seguridad de su empleados.

Investigaciones recientes apoyan la hipótesis de que la empatía de los médicos es un importante factor asociado con la competencia clínica y la evolución de los pacientes. Algunas organizaciones de salud han comenzado a crear ambientes psicológicamente seguros para que los médicos puedan apoyarse mutuamente y sobrellevar la carga emocional de su trabajo, especialmente cuando cometen errores.(26)(27)

Un ambiente de mutuo respeto es fundamental para que la fuerza de trabajo encuentre alegría y significado en lo que hacen. Diversos estudios han demostrado la importancia crítica del trabajo en equipo para la

seguridad del personal y de los pacientes, y el trabajo en equipo es imposible si no hay respeto.(28)(29) La falta de cumplimiento por parte de médicos y enfermeras de prácticas de seguridad (higiene de manos, chequeos, etc.) no sólo es una clara manifestación de falta de respeto (a los expertos, a las autoridades, a los objetivos institucionales.) , sino que también es peligrosa.

Existe una clara vinculación entre la cultura de seguridad institucional y la satisfacción de los pacientes, según ha sido establecido por la correlación entre los resultados de las encuestas más populares en ambos terrenos. La de cultura de seguridad de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) y la de satisfacción de los pacientes (CAHPS), creada por Medicare.(30) Ambas agencias federales, junto con fundaciones privadas están liderando este llamado de atención apoyando la investigación en condiciones de trabajo para mejorar la seguridad de los pacientes.

Paul O'Neill, ex CEO de Alcoa –el gigante de la industria de aluminio- suele plantear un desafío a las organizaciones que aspiran a la excelencia. El mismo es aparentemente sencillo.: ¿Puede cada una de las personas que trabajan en la empresa responder afirmativamente a estas tres preguntas todos los días? (31)

1. ¿Soy tratado con dignidad y respeto por todos, todos los días, en cada encuentro, sin importar mi raza, género, religión, creencias, orientación sexual, títulos o sueldo?
2. ¿Tengo lo que necesito: capacitación, entrenamiento, herramientas, apoyo financiero y estímulos para poder hacer una contribución a esta organización que de sentido a mi vida?
3. ¿Me reconocen y agradecen por lo que hago?

O'Neill sostiene que si no se logra que la seguridad de cada uno de los trabajadores sea una prioridad colectiva, cualquier esfuerzo para alcanzar el objetivo de un ambiente libre de daños quedará corto. La alegría y el significado en el trabajo es el desafío fundacional; la seguridad de los trabajadores es su precondition. Hasta que todos los individuos de la fuerza de trabajo puedan responder sí a estas tres preguntas, la alegría, el significado y la seguridad de los pacientes no se materializarán.

Desarrollo de organizaciones efectivas

Para generar un ambiente laboral seguro y de apoyo, las instituciones de salud deben transformarse en organizaciones efectivas y altamente confiables, las cuales se caracterizan por el aprendizaje continuo, la mejora constante, el trabajo en equipo y la transparencia. Las organizaciones efectivas cuidan a sus empleados y establecen precondiciones de trabajo que no están sujetas al presupuesto anual o a prioridades circunstanciales. Y la precondition más importante es la seguridad psicológica y física de su fuerza de trabajo. Quienes trabajan en estas organizaciones tienen que sentir que su seguridad es una prioridad constante y no negociable para las autoridades.

Cuando el personal sabe que su bienestar es una prioridad, se compromete mucho más con su trabajo, está más satisfecho y menos propenso a experimentar burnout, brindando una atención más efectiva y segura.

Esta visión requiere liderazgo. Las máximas autoridades y los líderes de la organización deben crear las normas culturales y las condiciones para la seguridad y la realización personal de su fuerza de trabajo. Los líderes efectivos modelan la cultura mediante prácticas gerenciales que demuestran su compromiso con la seguridad, alentando a los trabajadores a que reporten sus errores y los riesgos para los pacientes. La alegría y el significado en el trabajo se crean cuando el personal se siente parte de la solución valorado y seguro.

Recomendaciones: 7 cosas que las organizaciones pueden hacer

Para que las organizaciones puedan crear alegría y sentido en la fuerza de trabajo, todos deben comprometerse a tratarse con respeto, a ser transparentes en el reporte de errores y condiciones inseguras, a cumplir con prácticas de seguridad conocidas y a ser parte del equipo de solución de problemas.

Este compromiso requiere liderazgo, estrategia y disciplina. Las mesas redondas organizadas por el Instituto Lucian Leape recomienda las siguientes siete estrategias.

Estrategia 1: Desarrolle y lidere mediante el ejemplo valores centrales compartidos de convivencia y respeto mutuo; transparencia y verdad; seguridad de todos los trabajadores y pacientes; alineación y responsabilidad desde el Directorio hasta la primera línea de atención.

Estos valores centrales deberían ser desarrollados a través de procesos inclusivos, liderados por el Directorio, el Director Ejecutivo y los líderes de la organización, que comprometan a toda la fuerza de trabajo. Los valores deben ser definidos mediante ejemplos de conducta. La declaración de los valores centrales debería ser difundida a toda la organización mediante un proceso colegiado y compartido. Se deben predicar estos principios con el ejemplo. La aplicación de estos valores debe ser evidente en la toma de decisiones y prácticas de las gerencias, jefaturas y líderes. Las autoridades necesitan garantizar que estos valores centrales sean precondiciones no negociables o priorizadas frente a las demandas de producción, control de costos y programas que compiten.

Estrategia 2; Adopte explícitamente el objetivo de eliminar daños a los trabajadores y a los pacientes

Los líderes deben estar convencidos, y así lo deben comunicar, que la prevención de daños a la fuerza de trabajo y a los pacientes es un objetivo posible. Los eventos que los dañan deben hacerse visibles para poder trabajar sobre ellos y mejorar. Evalúe de qué manera está su organización abordando la seguridad laboral y defina a esta última como un indicador de su cultura organizacional. Establezca objetivos altos como el límite teórico de lo que es posible (cero defectos), persiga estos objetivos con insistencia y remueva todas las barreras y excusas del por qué la excelencia no es posible cada día.

Estrategia 3: Comprométase a crear una organización altamente confiable y demuestre disciplina para alcanzar un alto rendimiento. Esto requerirá la creación de un sistema de aprendizaje y mejora continua y la adopción de habilidades gerenciales basadas en la evidencia.

El Directorio, el Director Ejecutivo y los líderes de la organización deben declarar y comunicar ampliamente la creación de una nueva historia, en donde se priorizará

el respeto, el trabajo en equipo, la seguridad, la alegría y el significado. Toda la fuerza de trabajo deberá participar en conversaciones destinadas a discutir las conexiones entre el respeto, su propia seguridad y la de los pacientes. El compromiso personal y la responsabilidad del cambio deberán ser aceptada en toda la organización.

Los líderes necesitan implementar sistemáticamente prácticas de organizaciones altamente confiables, cumpliendo con las habilidades gerenciales necesarias para esto: capacitación, reporte, comunicación y trabajo en equipo. Necesitan brindar los recursos necesarios; reuniones de análisis, asistencia con los programas que mejoren las condiciones de trabajo, entrenamiento en revelación de eventos adversos y disculpas, y apoyo a los programas que den soporte a quienes se equivocaron.

Estrategia 4: Desarrolle un sistema para aprender y mejorar

Para facilitar el cambio, deben generarse sistemas de mejoras locales. A su vez deben definirse indicadores para poder medir estas mejoras. Los resultados deben ser publicados y difundidos, facilitando el acceso a los mismos y su comprensión. Para ello, se debe brindar al personal los recursos necesarios para que sepan interpretar adecuadamente los datos, lo que les permitirá tomar decisiones y establecer objetivos. Cuando hay problemas, el foco debe estar puesto en el análisis de por qué pasó (mediante una metodología estructurada) y no en la asignación de culpas. Esto debería ocurrir tanto a nivel del microsistema local como en el macrosistema de la organización.

Estrategia 5; Establezca una base de datos y una métrica de desempeño para poder mejorar y establecer responsabilidades

El Director Ejecutivo y los líderes deben hacer participar a los trabajadores y a los pacientes en el diseño de procesos e indicadores de efectividad a través de un método definido y estructurado, incluyendo los indicadores de seguridad y satisfacción en el trabajo. Deben establecer sistemas de reporte para que los trabajadores puedan manifestar cualquier preocupación que puedan tener sobre peligros para su seguridad psicológica y física. También pueden realizar encuestas

validadas sobre clima de seguridad como una forma de medir el ambiente sociocultural. Toda la información debe codificarse y reunirse en una base de datos que permita analizar patrones y proyectar mejoras en el clima laboral.

Estrategia 6: Reconozca y celebre el trabajo y los logros del personal, de manera regular y con alta visibilidad

El Directorio, el Director Ejecutivo y los líderes de la organización deberían garantizar que los valores centrales del respeto y la comprensión se encuentren incorporados en las evaluaciones de desempeño y que sean celebrados. Se deberían incluir en las reuniones organizacionales testimonios e historias de empleados que identificaron peligros para la seguridad, en donde la vigilancia previno daños (al personal o a los pacientes). Se debe publicar y difundir el trabajo de los equipos que logran mejorar su confiabilidad y seguridad. Las instituciones deberían generar una tradición en la cual los logros se festejan y se recompensan adecuadamente.

Estrategia 7: Apoye la investigación de la industria en el diseño y realización de estudios que exploren aquellos asuntos y condiciones del sector salud que están dañando a nuestros trabajadores y pacientes.

Encargue o patrocine estudios sobre seguridad laboral y de los pacientes para determinar los principales puntos a trabajar. Solicite a los investigadores que estudien medidas utilizadas en otras industrias de alto riesgo que puedan ser aplicadas al sector salud. Conduzcan estudios para determinar los efectos de la participación de los pacientes y las familias en su seguridad y la de los trabajadores, e investiguen las bases culturales de la seguridad laboral y de los pacientes.

Conclusión

La fuerza de trabajo del sector salud está en riesgo. Mientras persistan las condiciones que comprometen la seguridad física y psicológica de los trabajadores, también estará en riesgo la seguridad de los pacientes y los progresos continuarán siendo lentos. Los mismos principios de la seguridad de los pacientes son aplicables a la seguridad laboral y se requiere de la misma disciplina. La alegría y el significado en el trabajo se generan cuando el personal se siente valorado, libre de riesgos y parte de las soluciones para el cambio. Los

datos acerca del estado actual son impactantes y nos deben llevar a una reflexión. Sin embargo, algunas historias de éxito en instituciones de cultura generadora avanzada permiten alentar esperanzas.

El trabajo “Through the Eyes of the Workforce” del Instituto Lucian Leape busca presentar el estado actual de las condiciones de trabajo del sector salud, generar un sentido de urgencia para la acción y marcar el camino hacia el futuro. El propósito común que une a toda la fuerza de trabajo del sector salud es el compromiso con la protección de la dignidad humana, el alivio del sufrimiento y la promoción de la salud. El servir a otros, más allá del rol que se cumpla en el servicio, es un trabajo loable, lleno de significado. Honrar y respetar a quienes lo hacen mediante la protección de su seguridad psicológica y física implica una verdadera transformación. La apuesta es alta. Un lugar de trabajo transformado, en una cultura de respeto, creará alegría y significado para una atención médica más segura.

Referencias

Se puede acceder a la totalidad del documento "Through the Eyes of the Workforce" en inglés a través de internet accediendo a la página web de la NPSF: <http://www.npsf.org/?page=throughtheeyes>

A su vez, se citan en este resumen las siguientes referencias:

- O'Neill P, Morath J. Joy and meaning in work. Presented at: Lucian Leape Institute Roundtable on Joy and Meaning in Work and Workforce Safety; 2010–2011.
- O'Neill P. Comments at Lucian Leape Institute Roundtable on Joy and Meaning in Work and Workforce Safety; 2010–2011.
- Ulrich BT, Buerhaus PI, Donelan K, Norman L, Dittus R. How RNs view the work environment: results of a national survey of registered nurses. *J Nurs Adm.* 2005;35(9):389–396.
- President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry. *Quality First: Better Health Care for All Americans.* Washington, DC: US Government Printing Office; 1998
- Janocha JA, Smith RT. *Workplace Safety and Health in the Health Care and Social Assistance Industry, 2003–07.* Washington, DC: US Bureau of Labor Statistics; 2010. <http://www.bls.gov/opub/cwc/sh20100825ar01p1.htm>. Accessed Dec 26, 2012.
- Ulrich BT, Buerhaus PI, Donelan K, Norman L, Dittus R. How RNs view the work environment: results of a national survey of registered nurses. *J Nurs Adm.* 2005;35(9):389–396.
- American Nurses Association. ANA/ NursingWorld.org Health & Safety Survey. ANA; 2001. <http://ana.nursingworld.org/MainMenuCategories/OccupationalandEnvironmental/occupationalhealth/HealthSafetySurvey.aspx>.
- Rosenstein AH, Naylor B. Incidence and impact of physician and nurse disruptive behaviors in the emergency department. *J Emerg Med.* 2012;43(1):139–148.
- Bartholomew K. *Ending Nurse-to-Nurse Hostility: Why Nurses Eat Their Young and Each Other.* Marblehead, MA: HCPro Inc.; 2006.
- Association of American Medical Colleges. *GQ Medical School Graduation Questionnaire: All Schools Summary Report.* Washington, DC: AAMC; 2010. https://www.aamc.org/download/140716/data/2010_gq_all_schools.pdf.
- Papadakis MA, Teherani A, Banach MA, et al. Disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical school. *N Engl J Med.* 2005;353(25):2673–2682.
- Rosenstein AH, O'Daniel M. A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2008;34(8):464–471.
- Rosenstein AH, O'Daniel M. Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. *Am J Nurs.* 2005;105(1):54–64.
- Ulrich BT, Lavandero R, Hart KA, Woods D, Leggett J, Taylor D. Critical care nurses' work environments: a baseline status report. *Crit Care Nurse.* 2006;26(5):46–50, 52–57
- American Association of Critical-Care Nurses, VitalSmarts, and Crucial Conversations. *SilenceKills: The Seven Crucial Conversations® for Healthcare.* 2005. <http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/PublicPolicy/SilenceKills.pdf>.
- Heru A, Gagne G, Strong D. Medical student mistreatment results in symptoms of posttraumatic stress. *Academic Psychiatry.* 2009;33(4):302–306.
- Paice E, Aitken M, Houghton A, Firth-Cozens J. Bullying among doctors in training: cross sectional questionnaire survey. *BMJ.* 2004;329:658–659.
- Discussion at Lucian Leape Institute Roundtable on Reforming Medical Education; 2008–09; Boston, MA.
- Glasheen JJ, Misky GJ, Reid MB, Harrison RA, Sharpe B, Auerbach A. Career satisfaction and burnout in academic hospital medicine. *Arch Intern Med.* 2011;171(8):782–785.

20. Glasheen JJ, Misky GJ, Reid MB, Harrison RA, Sharpe B, Auerbach A. Career satisfaction and burnout in academic hospital medicine. *Arch Intern Med.* 2011;171(8):782–785.
21. Vogus TJ, Sutcliffe KM, Weick KE. Doing no harm: enabling, enacting, and elaborating a culture of safety in health care. *Academy of Management Perspectives.* 2010;24:60–77.
<http://www.owen.vanderbilt.edu/vanderbilt/data/research/2267full.pdf>
22. Vogus TJ, Sutcliffe KM, Weick KE. Doing no harm: enabling, enacting, and elaborating a culture of safety in health care. *Academy of Management Perspectives.* 2010;24:60–77.
<http://www.owen.vanderbilt.edu/vanderbilt/data/research/2267full.pdf>.
23. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, et al. Career fit and burnout among academic faculty. *Arch Intern Med.* 2009;169(10):990–995.
24. US Department of Labor Bureau of Labor Statistics. Occupational injuries and illnesses (annual) news release. Workplace injuries and illnesses 2009. Oct 21, 2010.
http://www.bls.gov/news.release/archives/osh_10212010.htm.
25. Joy, meaning, and workforce safety: patient safety pulse report. *Patient Safety InSight.* 2012(Aug 28).
<http://magazine.nationalpatientsafetyfoundation.org/magazine/joy-meaning-and-workforcesafety>
26. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med.* 2011;86(3):359–364.
27. Chen, PW. Sharing the stresses of being a doctor. *Well Blog.* *New York Times.* 2011(Sep 15).
<http://well.blogs.nytimes.com/2011/09/15/sharing-the-stresses-of-being-a-doctor>
28. Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, Meyer GS, Healy GB. Perspective: a culture of respect, part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. *Acad Med.* 2012;87(7):845–852.
29. Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, Meyer GS, Healy GB. Perspective: a culture of respect, part 2: creating a culture of respect. *Acad Med.* 2012;87(7):853–858.
30. Larson J. Correlation found between safety culture and patient assessments of care. *NurseZone Nursing News.* 2012(Sep 21).
http://www.nursezone.com/Nursing-News-Events/more-news/Correlation-Found-Between-Safety-Culture-and-Patient-Assessments-of-Care_40518.aspx.
31. O'Neill P. Presentations at: Lucian Leape Institute Fourth Annual Educational Forum; Boston; 2011;and Lucian Leape Institute Town Hall Plenary, NPSF 13th Annual Patient Safety Congress; Washington, DC; 2011.