

Marco de la Psicología del Cambio de IHI

para Promover y Mantener la Mejora



UN RECURSO DE IHI

53 State Street, 19th Floor, Boston, MA 02109 • ihi.org

Cómo citar este documento: Hilton K, Anderson A. *Marco de la Psicología del Cambio de IHI para Promover y Mantener la Mejora*. Informe técnico de IHI. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2018. (Disponible en ihi.org)



AUTORES:

Kate Hilton, JD, MTS: *Profesora, IHI*

Alex Anderson: *Investigador Asociado, IHI*

Reconocimientos:

Los autores agradecen a Helen Bevan, Becky Margiotta, Kedar Mate, Kara McElvaine, Frances Olajide, Kathryn Perera, Jessica Perlo y Hanna Sherman por perfeccionar la teoría; a Neil Baker, Karen Baldoza, Mike Briddon, Pedro Delgado, Becka DeSmidt, Christina Gunther-Murphy, Paul Howard, Teaka Isaac, Niñon Lewis, Allison Luke, Marianne McPherson, Santiago Narino, Linson Naval, Leslie Pelton, Kathryn Perera, Amy Reid, Cory Sevin, Hanna Sherman, Valerie Spaulding y Trissa Torres por evaluar el modelo; a Barbara Balik, Donald Berwick, Maureen Bisognano, Marshall Ganz, Don Goldmann, Bob Klaber, Becky Margiotta, Kedar Mate, Joe McCannon, Santiago Narino, Tyler Norris, Carlos Pelligrini, Kathryn Perera, Jessica Perlo, Michael Rose, Jonathan Scaccia, Hanna Sherman, Matthew Stiefel, Nana Twum-Danso y David Williams por revisar el informe; y a Jane Roessner y Val Weber por editarlo. También agradecemos a las personas entrevistadas que no han sido mencionadas, entre ellas, Nisreen Haj Ahmad, David Fleisher, Hahrie Han, Dan Heath, Hunter Guhlbach, Christopher Lawrence-Pietroni, Ziva Mann, Katy Milkman, Michelle Molitor, Tom Nolan, Kathryn Segovia, Rebecca Steinfeld y Robert Sutton.

El Institute for Healthcare Improvement (IHI, por sus siglas en inglés) es una organización líder en innovación en salud y en la mejora de la atención a la salud en todo el mundo. Por más de 25 años, hemos trabajado con visionarios, líderes y profesionales de vanguardia en todo el mundo para desarrollar formas audaces e ingeniosas de mejorar la salud de las personas y las poblaciones. Reconocidos como socio innovador, organizador y confiable, y como generadores de resultados, somos el primer recurso al cual acudir en busca de experiencia, ayuda y aliento para cualquier persona en cualquier lugar que desee mejorar la salud y la atención a la salud. Las ideas y los hallazgos en estos informes técnicos representan el trabajo innovador de IHI y las organizaciones con las que colaboramos. Nuestros informes técnicos están diseñados para compartir los problemas que abordamos en IHI, las ideas que estamos desarrollando y evaluando para ayudar a las organizaciones a lograr mejoras revolucionarias, y los resultados preliminares (cuando están disponibles).

Copyright © 2018 Institute for Healthcare Improvement. Todos los derechos reservados. Las personas pueden sacar fotocopias de estos materiales para usos educativos y sin fines de lucro, siempre que no se alteren los contenidos de ninguna manera y que se otorgue la debida atribución a IHI como la fuente del contenido. Estos materiales no se pueden reproducir para uso comercial con fines de lucro de ninguna forma y bajo ninguna circunstancia sin el permiso escrito del IHI.

Contenidos

Resumen ejecutivo	4
El lado humano del cambio	5
¿Qué es la psicología del cambio?	6
Metodología	6
Marco de la Psicología del Cambio de IHI: Activar la agencia de las personas	7
Poder: la habilidad de actuar con un propósito	8
Coraje: los recursos emocionales para elegir actuar ante el desafío	8
1. Potenciar la motivación intrínseca	10
2. Codiseñar el cambio impulsado por las personas	13
3. Coproducir en una relación auténtica	16
4. Distribuir el poder	21
5. Adaptación en acción	26
Medición	29
Conclusión	31
Referencias	32

Resumen ejecutivo

Este informe técnico es una guía para todos los líderes interesados en entender la psicología que subyace al cambio y en aprovechar el poder de esa psicología para impactar en los esfuerzos de mejora de calidad: para lograr resultados revolucionarios de manera sostenida y a gran escala. La ciencia de la mejora ha brindado a las personas que mejoran la atención médica un marco teórico y las habilidades técnicas aplicadas para entender la variación, los sistemas de estudio, para desarrollar el aprendizaje y determinar las mejores intervenciones basadas en la evidencia (“qué”) y las estrategias de implementación (“cómo”) para lograr los resultados deseados. Sin embargo, las personas que mejoran la atención médica con el lado adaptativo del cambio, que se relaciona con Potenciar el poder de las personas (“quién”) y sus motivaciones (“por qué”) para promover y mantener la mejora, dos razones que se suelen citar cuando las iniciativas de mejora fracasan.

El informe presenta un marco y una serie de métodos para la psicología del cambio; cinco dominios prácticos interrelacionados que las organizaciones pueden utilizar para promover y mantener la mejora:

- Potenciar la motivación intrínseca.
- Codiseñar el cambio impulsado por las personas.
- Coproducir en una relación auténtica.
- Distribuir el poder.
- Adaptar en acción.

Sobre la base de los legados de W. Edwards Deming, Everett Rogers y muchos otros, un enfoque renovado del lado humano del cambio aumenta la posibilidad de que los esfuerzos que buscan mejorar la salud y la atención médica tengan éxito a corto plazo, se potencien y se mantengan con el transcurso del tiempo.

El lado humano del cambio

Si bien hay ejemplos impresionantes de mejoras exitosas y resultados extraordinarios en los sistemas de atención médica en todo el mundo, el desafío de alcanzar resultados en nuestros sistemas de salud y comunidades, y más aún a gran escala, sigue existiendo. Existe un abismo considerable entre lo que sabemos y lo que hacemos en la práctica. Lleva años adoptar las innumerables innovaciones y mejoras basadas en la evidencia en las disciplinas de salud, o no llegan a convertirse en una práctica habitual debido a la baja tasa de adopción y sostenibilidad.¹

La velocidad con la que se difunden las mejoras depende, al menos en parte, de las personas que implementan, difunden y comunican el cambio en la práctica. En su libro, *Diffusion of Innovations*, Everett Rogers propuso que una innovación debe adoptarse de forma generalizada para que se pueda sostener por sí sola. Dentro de la tasa de adopción, hay un punto en el que la innovación alcanza la masa crítica. Rogers define cinco categorías de primeros usuarios: innovadores, adoptadores tempranos, mayoría temprana, mayoría tardía y rezagados (recientemente llamados “tradicionalistas”).² La difusión se manifiesta de diferentes maneras y está muy relacionada con el tipo de primeros usuarios y con su proceso para involucrar a los demás a adoptar la innovación.

La velocidad en que se difunden las mejoras depende, al menos en parte, de las personas.

El líder en pensamiento de mejora, W. Edwards Deming, abordó este tema haciendo hincapié en la importancia de la psicología (el lado adaptativo y humano del cambio) en su Sistema de Conocimiento Profundo, en donde clasificó el cuerpo de la información y las habilidades que se pueden aplicar para cualquier mejora en cuatro áreas interrelacionadas: valoración de un sistema, conocimiento de la variación, teoría del conocimiento y psicología.³ La psicología, según la definición de Deming, es la manera en que las personas piensan y sienten, qué las motiva, qué las desmotiva, cuáles son los efectos problemáticos de los incentivos y cómo se comportan las personas, incluso cuando se enfrentan al cambio. El Dr. Deming reconoce que toda mejora ocurre en sistemas humanos, en donde las personas interactúan entre sí. Recomendó que, para que la mejora se produzca con éxito, los líderes deben entender y dominar la amplia área de la psicología y las relaciones interpersonales. Entendió que las personas son la fuente fundamental del valor, y que lleva trabajo y experiencia crear una cultura que las respete y las motive.

La mayoría de los proyectos de mejora de calidad requieren que las personas adopten nuevos enfoques para desafíos técnicos y adaptativos. Los **desafíos técnicos** están claramente definidos, pueden ser resueltos por expertos o autoridades de cumplimiento, y se pueden alcanzar beneficios en marcos a corto plazo. Los **desafíos adaptativos** son más difíciles de identificar, deben ser resueltos por las personas afectadas por el problema y requieren más tiempo para lograr resultados.⁴ Por ejemplo, administrar medicamentos para reducir la presión arterial es un enfoque técnico, mientras que invitar a los pacientes a cambiar el estilo de vida y la dieta es un enfoque adaptativo. El cambio adaptativo depende del compromiso de las personas de adoptar nuevas actitudes, competencias, creencias y comportamientos. Entre otras cosas, Ronald Heifetz, fundador del Centro de Liderazgo Público de la Universidad Harvard Kennedy, recomienda que los líderes que tratan el cambio adaptativo “identifiquen de qué manera necesitan cambiar los sistemas de valor o los métodos de colaboración”, “devuelvan el trabajo a las personas, para que sean ellas quienes se ocupen de definir y resolver problemas” y “regulen la angustia inevitable que genera el trabajo adaptativo, porque las personas se resisten al cambio”.⁵

Con frecuencia, los líderes a cargo de las mejoras experimentan resistencia. Existen muchas buenas razones por las cuales las personas se resisten al cambio: miedo a perder el control, demasiada incertidumbre, incomodidad con la sorpresa y miedo a que se vea amenazada la forma

en que uno hace las cosas.⁶ La resistencia es la respuesta que da el cerebro, ya que la propuesta del cambio amenaza lo que las personas están haciendo actualmente. En la práctica, la resistencia se presenta en forma de emociones o comportamientos destinados a impedir el cambio. Las personas la demuestran como apatía, desesperanza, complacencia, inseguridad personal, rechazo rotundo y, principalmente, miedo. La resistencia también puede adoptar formas más sutiles, como pretender estar de acuerdo en público, pero estar en desacuerdo en privado, especialmente en entornos basados en el cumplimiento. Además, puede provenir de muchas fuentes, desde líderes sénior que se resisten a disponer recursos para que ocurra la mejora, hasta personal de atención al público y pacientes que se resisten a las mejoras que requieren cambios de comportamiento.

¿Cuáles son las implicaciones para los líderes y las personas que mejoran la atención médica? A medida que la fuerza de trabajo de la atención médica se adapta a las crecientes cargas de trabajo, a las tecnologías que cambian constantemente y a los procesos complejos que se requieren para brindar atención, las mejoras de calidad y seguridad se consideran cada vez más necesarias y complicadas. Los desafíos son muchos: manejar la tensión entre el ritmo de las mejoras y la urgencia de la presión política y del estrés financiero, enfrentarse a una cultura organizativa arraigada que impide el avance de las mejoras, y la necesidad de conectar a los líderes de alto nivel con quienes tienen experiencia práctica en los puntos de atención, de reducir el agotamiento de los clínicos y de coproducir la salud con los pacientes y las comunidades (ya que la prueba de que un liderazgo del sistema de salud es efectivo está en cuántas personas están motivadas a alcanzar y a mantener mejores resultados a gran escala).⁷

Afortunadamente, los líderes a cargo de las mejoras pueden aprender y aplicar principios y herramientas de muchas disciplinas relacionadas con la psicología del cambio para hacerlo. Sobre la base de los legados de Deming, Rogers y muchos otros, un enfoque renovado del lado humano del cambio aumenta la posibilidad de que los esfuerzos que buscan mejorar la salud y la atención médica tengan éxito a corto plazo, se potencien y se mantengan con el transcurso del tiempo.

¿Qué es la psicología del cambio?

La **psicología** se define como la ciencia de la mente y del comportamiento humano, especialmente como una función de la conciencia, de los sentimientos o de la motivación. El **cambio** es lo que nos lleva a ser diferentes o a transformarnos. En conjunto, la **psicología del cambio** es la ciencia y el arte del comportamiento humano según se relaciona con la transformación.

Psicología del cambio: la ciencia y el arte del comportamiento humano según se relaciona con la transformación.

Primero y principal, el Marco de la Psicología del Cambio de IHI es un enfoque que busca promover y mantener la mejora junto con las personas que se ven afectadas por la mejora de forma directa e indirecta: quienes trabajan en nuestros sistemas de salud, los pacientes y sus familias, los miembros de la comunidad, los legisladores y otros. El marco hace hincapié en el valor inherente de cada persona, sin importar su identidad ni posición en una organización. También reconoce la importancia de identificar maneras para que todas las personas afectadas por la mejora puedan contribuir de forma significativa a la solución. El marco reconoce que las personas actúan de acuerdo con sus identidades únicas y, al mismo tiempo, se adhieren a muchos comportamientos humanos previsibles.

Metodología

En 2017, el equipo de innovación de IHI comenzó a explorar la psicología del cambio, y un equipo de investigación se propuso entender el uso potencial de las herramientas adaptativas de muchas

disciplinas relacionadas para aumentar el éxito y la sostenibilidad de los proyectos de mejora. El equipo revisó la bibliografía disponible (incluidas revistas académicas y profesionales, y libros y trabajos populares) y llevó a cabo entrevistas con expertos sobre una amplia variedad de temas relevantes. Esta información se resumió en una serie de informes internos, y eventualmente llevó al desarrollo del Marco de la Psicología del Cambio de IHI.

El marco de IHI es el resultado de un cruce de cientos de herramientas y de marcos de muchas disciplinas y metodologías aplicadas. Debido a su amplio alcance, el Marco de la Psicología del Cambio de IHI no es exhaustivo. Intenta brindar un resumen útil de algunas de las muchas disciplinas que ayudan a desarrollar la ciencia de la mejora y los resultados (como la psicología y la sociología), y de las metodologías aplicadas (como el manejo del cambio, la organización, el pensamiento de diseño, el liderazgo adaptativo, el escalamiento, el desarrollo de equipo y otros). Muchos académicos y profesionales han dedicado sus carreras a nichos específicos dentro de estos campos; se alienta a los lectores a explorarlos para profundizar la práctica y el aprendizaje.

El marco se basa en una teoría social de aprendizaje y reconoce que la transformación requiere cambios individuales e interpersonales en los pensamientos, los sentimientos y las acciones, junto con cambios en el sistema, en cuanto a las estructuras, los procesos y las condiciones. En esencia, invita a las personas a poner la cabeza, el corazón y las manos en sus dimensiones conceptuales, motivacionales y prácticas. Define conceptos, ofrece ejemplos, brinda resúmenes de herramientas aplicadas en las etapas sociales, de autoría propia y autotransformación del desarrollo adulto; y recomienda la práctica experimental, la reflexión y el descubrimiento. El marco progresará a medida que la investigación continúe y se reciban críticas constructivas. IHI invita a los líderes a cargo de las mejoras a evaluar el marco y a compartir sus aprendizajes con relación al desarrollo continuo de la teoría, de las herramientas y de las medidas.

Marco de la Psicología del Cambio de IHI: Activar la agencia de las personas

Activar la agencia de las personas es el objetivo central del Marco de la Psicología del Cambio de IHI. **Activar** significa hacer activo o más activo, o cambiar de inactivo a activo. La agencia es la habilidad de una persona o de un grupo de elegir actuar con un propósito. La agencia tiene dos elementos clave: 1) **poder**, o la habilidad de actuar con un propósito; y 2) **coraje**, o los recursos emocionales para elegir actuar ante la dificultad o incertidumbre. Juntos, el coraje y el poder son los impulsores principales para activar la agencia de las personas, o la habilidad de una persona o de un grupo de elegir actuar con un propósito.

Agencia= Poder (la habilidad de actuar con un propósito) + coraje (los recursos emocionales de elegir actuar ante la dificultad o incertidumbre)

Imagine, por ejemplo, la unidad quirúrgica posoperatoria de un hospital que tiene una tasa alta de caídas de pacientes que se pueden evitar. Un enfermero del personal de la unidad tiene buenas ideas que podrían ayudar a evitar las caídas, pero es responsable de muchas tareas específicas y no tiene tiempo para cambiar la manera en que se trabaja en la unidad. Considera que su poder (su habilidad para actuar para evitar caídas) es limitado, y no cree que tiene las habilidades necesarias para iniciar un proyecto de mejora. Además, tiene miedo al castigo: cree, por experiencia previa, que el hecho de no seguir las prácticas estándares de la unidad puede resultar en acciones disciplinarias. Su voluntad de elegir actuar para evitar caídas es mínima; su coraje se ve limitado por las normas operacionales de la organización. Para involucrarse en una mejora significativa y promover un proceso de cambio, los líderes deben identificar maneras de activar la agencia del enfermero (su poder y su coraje) para dar lugar a la elección consciente de actuar.

Poder: la habilidad de actuar con un propósito

El poder no es la posición ni el cargo que una persona tiene dentro de una organización; no es una cosa, un atributo ni una característica. El poder es relacional. Se produce por una serie de relaciones interdependientes que se pueden aprovechar para alcanzar un fin específico. El poder se genera cuando las personas aplican sus habilidades, conocimientos, experiencias y su capacidad de actuar, de manera individual o en conjunto, para alcanzar un fin.

Coraje: los recursos emocionales para elegir actuar ante el desafío

La raíz de la palabra coraje es “cor”, que significa “corazón” en latín. El coraje proviene de los recursos emocionales de las personas que les permiten elegir actuar de manera consciente ante los desafíos.⁸ El educador Parker Palmer explica que la fuente del coraje está en conocernos a nosotros mismos, en crear circunstancias donde otros puedan ser más conscientes de sí mismos y tener conocimiento propio, y en relacionarnos con lo que sucede a nuestro alrededor.⁹

El educador Parker Palmer explica que la fuente del coraje está en conocernos a nosotros mismos, en crear circunstancias donde otros puedan ser más conscientes de sí mismos y tener conocimiento propio, y en relacionarnos con lo que sucede a nuestro alrededor.

El Marco de la Psicología del Cambio de IHI se centra en activar la agencia en tres niveles:

- **Personal:** La agencia de una persona de tomar sus propias decisiones. Las personas se sienten más involucradas cuando ejercen su poder y su coraje para pasar a la acción.¹⁰
- **Interpersonal:** La agencia colectiva de las personas de actuar juntas. Las personas se sienten más involucradas cuando ven experiencias positivas de otras personas que ejercen el poder y el coraje.¹¹
- **Sistémico:** Las estructuras, los procesos y las condiciones que apoyan el ejercicio de la agencia en las instituciones y organizaciones. Las personas se sienten más involucradas cuando las estructuras en donde operan les permiten ejercer su poder y su coraje.¹²

Este es el objetivo del Marco de la Psicología del Cambio de IHI: crear las condiciones que permitan que las personas y los grupos de los sistemas ejerzan su poder y coraje (es decir, que elijan actuar con un propósito) a fin de promover y mantener mejoras en la salud y la atención médica. Para establecer estas condiciones, el marco se organiza en torno a cinco dominios prácticos interrelacionados (ver figura 1).

Figura 1. Marco de la Psicología del Cambio de IHI



1. **Potenciar la motivación intrínseca:** Aprovechar las fuentes de la motivación impulsa el compromiso de actuar, tanto individual como colectivo.
2. **Codiseñar el cambio impulsado por las personas:** Las personas afectadas por el cambio tienen el mayor interés en diseñarlo de manera significativa y viable para ellas.
3. **Coproducir en una relación auténtica:** El cambio se coproduce cuando las personas se consultan, se escuchan, se ven y se comprometen entre sí.
4. **Distribuir el poder:** Cuando se comparte el poder, las personas pueden hacer sus aportes particulares para lograr un cambio.
5. **Adaptación en acción:** Pasarse a la acción puede ser una experiencia motivadora para que las personas aprendan y reafirmen su voluntad de ser eficaces.

Estos cinco dominios no son secuenciales, sino que están interrelacionados y se pueden poner en práctica de muchas maneras, en cualquier orden. El uso eficaz de estas prácticas para activar la agencia de las personas puede y debería medirse (puede leer más al respecto más adelante, en la sección de “Medición”).

Los cinco dominios se describen con más detalle a continuación, y se incluyen resúmenes de herramientas útiles que permiten aplicar los conceptos en un contexto de mejora. En la práctica, cada herramienta se relaciona con los cinco dominios.



1. Potenciar la motivación intrínseca

¿Qué significa Potenciar la motivación intrínseca? Becky Margiotta y Joe McCannon, líderes en el cambio a gran escala y cofundadores del Billions Insitute, definen **Potenciar** como “orquestrar la pérdida del control de las personas para que se muevan en la dirección deseada”.¹³ Esto implica una tensión inherente entre facilitar/guiar y perder el control, ya que muchas personas aportan su energía y creatividad para promover una causa común.

Los psicólogos clínicos y sociales Richard Ryan y Edward Deci definen la **motivación intrínseca** como “hacer algo por la satisfacción inherente que brinda participar en la actividad”.¹⁴ (En contraste, la motivación extrínseca significa hacer algo porque lleva a un resultado aparte, como una recompensa, un reconocimiento o la posibilidad de evitar un castigo). En conjunto, **potenciar la motivación intrínseca** significa crear las condiciones para que las personas lleven adelante una causa común sobre la base de la satisfacción inherente que cada una experimenta al hacer la actividad.

Deming también creía que las personas que se dedican a la mejora deben pasar de los sistemas impulsados por el miedo y la motivación extrínseca a los sistemas impulsados por la motivación intrínseca.¹⁵ Influenciado por Alfie Kohn, autor de *Punished by Rewards*, Deming rechazó la gestión en base a premios y castigos, y otras prácticas comunes, como las clasificaciones de cuotas y méritos, que buscan culpar y recompensar a las personas. En su lugar, Deming se enfocó en las motivaciones que surgen de un entorno de confianza, de las relaciones, de la interdependencia y del orgullo en el trabajo.

Deming entendió lo que explicaron los psicólogos Deci y Ryan y los científicos sociales Richard Hackman y Greg Oldham: la motivación intrínseca genera creatividad, participación, aprendizaje adaptativo y logros. Hackman y Oldham demuestran que las tareas diseñadas para aprovechar las fuentes intrínsecas de la motivación producen un mayor compromiso que las relacionadas con las recompensas extrínsecas. Las condiciones para el diseño de la tarea motivacional incluyen una experiencia significativa (la tarea es importante para el propósito primordial), responsabilidad (lo bien que se realiza la tarea depende de mí) y resultados (a medida que realizo el trabajo, puedo ver si lo estoy haciendo bien o no).¹⁶ (Todas se basan en la seguridad psicológica, que se trata más adelante en este informe técnico). Estos motivadores intrínsecos son fuentes generadoras y sustentables de compromiso, y permiten promover y mantener la mejora.

Para Potenciar la motivación intrínseca, es importante que las personas que se dedican a la mejora entiendan qué es importante para otras personas: de forma individual, en relación con las personas que les importan y en la sociedad en general. Cuando se tiene en cuenta y se respeta lo que es importante para las personas como parte del trabajo de mejora, se reducen los miedos asociados con el cambio, porque es más probable que las personas vean y experimenten el valor fundamental del cambio. En un artículo de 2012, Michael Barry y Susan Edgman-Levitan presentaron la idea de preguntar a los pacientes: “¿Qué es importante para usted?” y “¿Cuál es el problema?” en el contexto de implementar una toma de decisiones compartida.¹⁷ Su objetivo era aumentar la consciencia de los clínicos sobre las cuestiones importantes para la vida de los pacientes que podrían impulsar planes personalizados de atención. Maureen Bisognano, Presidenta Emérita de IHI y campeona del concepto “¿Qué es importante para usted?” en la atención médica, argumenta que preguntar las metas de un paciente, sus preferencias, esperanzas y sueños es esencial para pasar de un enfoque basado en el tratamiento de la enfermedad a otro basado en la coproducción de la salud, porque activa la motivación intrínseca de las personas para estar saludables.

Potenciar la motivación intrínseca:

Aprovechar las fuentes de la motivación impulsa el compromiso de actuar, tanto individual como colectivo.

La misma lección se aplica en el trabajo de mejora. Los líderes a cargo de la mejora no pueden asumir que las razones por las que ellos creen que un cambio implicará una mejora también se aplican a otras personas y a sus perspectivas. En cambio, los líderes a cargo de la mejora pueden preguntar a cada miembro de un esfuerzo de mejora qué es importante para ellos, para que aquellos que se ven afectados por el cambio puedan expresar por qué el cambio es valioso o no desde su perspectiva.¹⁸ La tarea del líder no es juzgar la fuente de la motivación, sino permitir que las personas accedan a esta motivación, una y otra vez, para promover y mantener la mejora.

Cómo potenciar la motivación intrínseca

Existen muchos métodos para potenciar la motivación intrínseca. Aquí presentamos una descripción general de la narrativa pública, el diseño de la tarea motivacional y el juego y la celebración, herramientas no aprovechadas pero muy útiles en los contextos de mejora.

- **Uso de la narrativa pública**

Desarrollada por Marshall Ganz, la narrativa pública brinda un enfoque práctico para identificar y Potenciar la motivación intrínseca (ver figura 2).

Figura 2. Narrativa pública



Fuente: Ganz M. *What Is Public Narrative: Self, Us & Now (Public Narrative Worksheet)*.²¹ Adaptado con permiso.

La narrativa pública incluye tres elementos:¹⁹

- Una historia **propia**: las historias personales que pueden acceder a los recursos emocionales incorporados en nuestros valores que pueden permitir la acción consciente.
- Una historia **compartida**: las historias colectivas que pueden acceder a los recursos emocionales incorporados en los valores compartidos por el grupo de personas involucradas en la acción.
- Una historia **actual**: las historias que transforman el momento presente en un momento narrativo en el que nos enfrentamos a un desafío urgente, accedemos a fuentes de esperanza y respondemos de manera consciente (en lugar de reaccionar con temor).

Juntos, estos tres hilos narrativos establecen una base donde una persona, un equipo o una organización pueden liderar de acuerdo con los valores motivadores individuales (historias propias), colaborar de acuerdo con los valores en común (historias compartidas) y acceder a fuentes de coraje que permitan responder de manera consciente a un desafío urgente, en lugar de reaccionar ante el desafío (historias actuales). Estas historias comunican la motivación intrínseca que impulsa los esfuerzos de mejora, como la dignidad y el respeto, la equidad y la igualdad, la justicia y seguridad, y el amor y la bondad.

Por ejemplo, el anestesista Dr. Michael Rose aprovechó la narrativa pública para potenciar la motivación intrínseca para la amplia adopción de una lista de verificación de seguridad quirúrgica basada en la evidencia del Centro Médico Regional McLeod de Florence, Carolina del Sur. En los 18 meses previos, las tasas de adopción se mantuvieron en un 30 %, a pesar de los esfuerzos de crear consciencia, capacitar, comercializar, convencer, manipular e incluso obligar a usar la lista de verificación. Para potenciar la motivación intrínseca, el Dr. Rose convocó a los miembros del equipo quirúrgico a compartir la razón por la que optaron por la profesión de la atención médica y el cuidado de pacientes. Los miembros del equipo compartieron historias propias: seres queridos que sufrieron en hospitales o injusticias en la atención médica. Describieron características personales como hijos de padres mayores, como cónyuges o como padres de niños pequeños. Compartieron momentos universales de dolor y pérdida, o de personas que los ayudaron a atravesar momentos profundamente inciertos; y cómo esas personas y momentos los transformaron como seres humanos y profesionales.

A través de estas historias, el personal quirúrgico se conectó entre sí y con sus motivaciones intrínsecas en torno al cuidado de pacientes. Algunos declararon que era la primera vez que estaban escuchando las motivaciones mutuas para hacer el trabajo que hacen, a pesar de haber trabajado juntos por más de 25 años. Luego, el Dr. Rose y su equipo desarrollaron una historia compartida y actual, y compartieron cómo el trabajo de mejora los acercó más al motivo por el que decidieron ejercer la medicina: cuidar a las personas de manera segura y justa. Compararon el desafío urgente que representan los daños al paciente con historias esperanzadoras sobre pacientes que obtuvieron mejores resultados quirúrgicos gracias al uso de la lista de verificación y los efectos positivos para las familias de los pacientes, los empleadores, la comunidad en general y el personal del hospital. Los resultados fueron los siguientes: 100 % de uso sostenido de la lista de verificación, reducción del 35 % de la tasa de mortalidad y reducción de 80.000 horas de tiempo de recursos anuales gracias a un mejor rendimiento.²⁰ Además, los miembros del equipo quirúrgico informaron una mejora en las medidas de cultura de seguridad, mayor satisfacción laboral y una disminución en el agotamiento.

Los líderes a cargo de las mejoras generan el espacio necesario para provocar estas historias. Al compartirlas, revelamos quiénes somos como líderes y les recordamos a las personas (nosotros incluidos) por qué nos importa lo que nos importa, y esto, en un contexto de mejora, motiva a los demás a tomar decisiones intencionales y esperanzadas para adoptar y mantener los esfuerzos de mejora. Por ejemplo, muchas juntas de fideicomisarios y otros comités del sistema de salud dan comienzo a sus reuniones con historias de los pacientes, las familias o los miembros del personal. Las historias impulsan a pasar a la acción al suscitar las emociones de las personas, los sentimientos de urgencia, la ira por la injusticia, la esperanza, la solidaridad y la sensación de que pueden marcar la diferencia. Los motivadores de la acción ayudan a las personas a superar sus inhibidores, por ejemplo, los sentimientos de inercia, la apatía, el miedo, el aislamiento y las dudas sobre uno mismo.²¹ Las emociones motivan a las personas a actuar y son fuente de coraje, sobre todo en momentos de dificultad o incertidumbre, cosa que a su vez les permite a las personas ejercer poder (la capacidad de actuar con un propósito).

- **Integrar el diseño de tareas motivadoras a la mejora**

Desarrollado por Richard Hackman y Greg Oldham, el diseño de tareas motivadoras se enfoca en diseñar las tareas involucradas en un esfuerzo de mejora de manera tal que generen la motivación intrínseca de las personas y mantengan su compromiso. Este método les permite a las personas que se dedican a la mejora diseñar acciones significativas que permitan que las personas vean que su esfuerzo se vincula a un resultado valioso, con la responsabilidad y libertad de tomar decisiones (en lugar de que les digan qué hacer), junto con oportunidades para la crítica constructiva y el aprendizaje.²²

Hackman y Oldham identifican cinco criterios de diseño que incorporar en las tareas motivadoras: 1) identidad de la acción: la acción se puede completar de principio a fin; 2) significado de la acción: la acción marca una diferencia y contribuye a una meta mayor; 3) variedad de habilidades: la acción requiere de muchas habilidades y no es repetitiva ni aburrida; 4) autonomía: los actores tienen la libertad de elegir su enfoque; y 5) crítica constructiva: los resultados son accesibles y se pueden utilizar para identificar mejoras en el futuro. Cuando los líderes a cargo de las mejoras diseñan acciones que maximizan estos criterios, las personas experimentan tres estados psicológicos: significado del trabajo, responsabilidad por los resultados y conocimiento de los resultados reales. Estos estados psicológicos, a su vez, impulsan los resultados personales y laborales de las personas, como una alta motivación interna, el desempeño laboral de alta calidad, la alta satisfacción con el trabajo y bajas tasas de ausentismo y rotación de personal.

- **Jugar y celebrar**

El juego invita a las personas a ser auténticas, profundiza su imaginación y creatividad, y los ayuda a tomar riesgos y acceder al coraje.²³ Ocurre en comunidad, como una actividad de relaciones que genera confianza. El experto en mejora Joe McCannon, luego de estudiar cientos de esfuerzos de cambio a gran escala, descubrió que aquellos en los que las personas juegan juntas son los más eficaces. ¿Por qué? Porque el juego les brinda a las personas los recursos emocionales necesarios para responder y adaptarse a lo que necesitan aprender para ser eficaces. Integrar el juego al trabajo de mejora fomenta la participación activa de las personas, y una falta de juego la agota.

La celebración es una oportunidad de detenerse y reflexionar, interpretar y honrar lo sucedido, dar gracias a las personas por sus contribuciones y aprender de los éxitos y los fracasos. La celebración brinda rituales que les permiten a las personas unirse en comunidad. Supone contar historias sobre qué se propuso lograr el equipo, indica victorias y derrotas, enaltece las contribuciones individuales y del equipo, interpreta eventos, reconoce la identidad común y ofrece una visión esperanzadora del futuro. La celebración demuestra los valores de un equipo a cargo de las mejoras en acción, y es divertida y significativa.

2. Codiseñar el cambio impulsado por las personas

Los esfuerzos de mejora de calidad ponen a prueba nuevas ideas para ver si llevan a mejores resultados. La generación de ideas es un proceso continuo, y es necesario filtrar el pozo común de ideas para que los equipos puedan decidir qué ideas pondrán a prueba. El Marco de la Psicología del Cambio de IHI se asegura de que todas las partes interesadas participen en el proceso de ideación al codiseñar el cambio impulsado por las personas.

El **codiseño** ocurre cuando se diseña *con* las personas en lugar de diseñar *para* ellas. La idea es que sentir empatía con respecto a un problema no es lo mismo que experimentar el problema. Las personas más afectadas por el cambio, en particular las más vulnerables o marginadas, son las más



interesadas en diseñar mejoras que sean más significativas y viables para ellas. El codiseño apoya un principio operativo simple: todo aquel que contribuye con una mejora o se ve afectado por ella, en todos los niveles, tiene algo que aportar. A esto, IHI lo describe como “todos enseñan, todos aprenden”.

Codiseñar el cambio impulsado por las personas:

Las personas afectadas por el cambio tienen el mayor interés en diseñarlo de manera significativa y viable para ellas.

En este dominio del marco, las personas más afectadas por el cambio codiseñan la mejora. Su participación directa en el equipo a cargo de las mejoras captura su experiencia y conocimientos, lo que tiene como resultado mejores ideas para el cambio, una implementación con menos problemas y tasas de adopción más altas. Por ejemplo, Randel Smith, un adulto mayor, es miembro del equipo a cargo de las mejoras en el Sistema Médico Anne Arundel en Maryland y está codiseñando mejoras en la atención para adultos mayores como parte de la participación del sistema en la iniciativa Age-Friendly Health Systems [Sistemas de Salud para todas las Edades].²⁴ Smith trabaja junto con líderes sénior del sistema de salud, líderes a cargo de las mejoras de calidad y personal de atención al público para generar, probar y ofrecer y recibir críticas constructivas de sus pares sobre las mejoras. El Director Operativo Maulik Joshi comentó que “El codiseño se da en todas las etapas, temprano y seguido, y nunca una sola vez. Significa empezar por nuestros pacientes y después encargarnos de nuestros problemas, en lugar de hacerlo al revés”.

Para iniciar el codiseño, los líderes a cargo de las mejoras pueden enfocarse en una pequeña palabra del modelo para la mejora: “nosotros”. ¿Qué estamos intentando lograr *nosotros*? ¿Cómo sabremos *nosotros* que el cambio implica una mejora? ¿Qué cambio podemos hacer *nosotros* que tendrá como resultado una mejora?²⁵ En el codiseño, “nosotros” incluye a las partes interesadas internas y externas, es decir, a las personas afectadas de forma directa e indirecta por la mejora. Las partes interesadas internas son aquellas que tienen experiencia práctica con respecto al problema en cuestión, como los pacientes y sus familias. Las partes interesadas externas son aquellas que poseen un conjunto de valores e intereses compartidos para resolver el problema, como líderes sénior, proveedores de servicios y personal de atención al público del sistema de salud. Juntas, estas partes interesadas colaboran para resolver un problema de mejora y mantenerlo resuelto.

Este es el cambio clave que conlleva estar **impulsado por las personas**: expandir el enfoque de los líderes para mejorar el problema o la solución (el “qué”) y la estrategia de implementación (el “cómo”) de manera tal que incluya a las personas (“quiénes”) que la experimentan e implementan. El enfoque tradicional para la mejora es identificar el proceso y las ideas de cómo mejorarlo, y luego implementar esas mejoras. Un enfoque impulsado por las personas comienza por identificar quién está involucrado, lo que se refiere a todas las personas involucradas, y luego invitar a todos los grupos interesados a determinar las mejoras a realizar en conjunto. Esto se puede lograr efectivamente empezando en pequeño durante las tareas de diseño inicial, con miembros de todos los grupos interesados.

Por ejemplo, cuando Christian Farman tuvo que volver a comenzar la diálisis después de un trasplante de riñón, se contactó con Britt-Mari Banck, una enfermera en la clínica de hemodiálisis del Hospital del Condado de Ryhov en Suecia. Farman investigó la diálisis por cuenta propia y se convenció de que podía administrar su propio tratamiento para reducir el impacto de los efectos secundarios (como náuseas, edema y sed extrema) de manera más eficaz que el personal de enfermería. En cinco semanas, Farman y Banck codiseñaron un nuevo proceso mediante el cual él administraba su diálisis de manera independiente, con menos efectos secundarios. Luego, Banck capacitó a otros pacientes renales en la diálisis por cuenta propia, lo que llevó a que los pacientes se realizaran la diálisis más seguido porque era un proceso menos molesto y, con el tiempo, las tasas de infección disminuyeron como resultado de lo anterior. Hoy en día, casi el 60 % de los pacientes de diálisis peritoneal y hemodiálisis del hospital administra sus propios tratamientos, y se busca

umentar esa cifra al 75 %.²⁶ Desde entonces, este modelo de diálisis administrada por el paciente se ha extendido a otros sistemas de salud, incluido uno en Texas, en donde la tasa de internación de pacientes de diálisis se ha reducido a la mitad, y la tasa de mortalidad se ha reducido en un tercio.²⁷

Esto nos trae al componente de **cambio** de este dominio. La teoría de difusión de las innovaciones de Everett Rogers identifica cinco propiedades de los cambios que son favorables para la adopción: respuesta a la necesidad, compatibilidad con el contexto local, simplicidad, capacidad de prueba y capacidad de observación. En otras palabras, debido a que la mejora afecta a las personas, no debe funcionar solamente desde un punto de vista basado en la evidencia; el cambio en sí también debe ser viable para los afectados por el cambio y para quienes lo están implementando.

Encarar la mejora con una mentalidad de psicología del cambio obliga a los equipos de mejora a ser totalmente transparentes en la descripción de cuál es el cambio, quién lo diseñó, cómo funciona y por qué importa. El enfoque está en activar la agencia de las personas para promover la mejora, no en diseñar mejoras tras puertas cerradas que inconscientemente impulsan a las personas por caminos sesgados, en donde les es más fácil y ejercen menos resistencia a hacer cosas que promuevan la mejora. La psicología del cambio les ofrece a todas las partes interesadas afectadas por la mejora una oportunidad de contribuir y la opción consciente de actuar.

Al mismo tiempo, para ayudar a equilibrar la dinámica de poderes en el codiseño, los líderes a cargo de las mejoras deben prestar atención a los prejuicios de las personas y cómo dichos prejuicios afectan la manera en que respondemos entre nosotros y ante el cambio. Los líderes a cargo de las mejoras deben involucrar a las partes interesadas menos poderosas en la creación y dirección del cambio.

Cómo codiseñar el cambio impulsado por las personas

Si bien tomar elementos de un amplio rango de prácticas de pensamiento en diseño y prácticas basadas en la empatía es un buen primer paso, aquí resumimos tres métodos que les permiten a los líderes y a los equipos a cargo de las mejoras desplazar el enfoque hacia las personas.

- **Tomar consciencia de los prejuicios**

Todos tenemos prejuicios. Los prejuicios afectan la manera en que diseñamos las pruebas de cambio. Y, sobre la base de las posiciones de poder, nuestros prejuicios se pueden amplificar para diseñar peores situaciones, a pesar de tener las mejores intenciones. Para tomar más consciencia de los propios prejuicios, complete la Prueba de Prejuicio Implícito de la Universidad de Harvard en línea o practique el análisis de causa raíz de los “cinco porqués” a modo de autorreflexión, que consisten en preguntarse: “¿Por qué reaccioné a esta persona o idea de esa manera?” o “¿Por qué supuse eso?”. Otra buena práctica es bajar un poco la velocidad, porque el prejuicio inconsciente es todavía mayor cuando la gente va demasiado rápido. Utilice la “regla de los siete segundos” para realizar una pausa antes de afirmar una idea, y permita que las personas que tienen menos autoridad por su posición compartan las suyas.

- **Mapear actores**

Para determinar quiénes deberían participar en el codiseño de un proyecto de mejora en particular, los equipos pueden usar la herramienta conceptual de mapeo de actores, es decir, las partes clave en un cambio propuesto. El objetivo es ver el sistema completo desde el punto de vista de las partes interesadas para desarrollar una estrategia a partir de sus activos existentes. También ayuda a los equipos de mejora a ver de qué manera se conectan las partes interesadas entre sí y a

pensar en las personas en un campo de juego nivelado, donde tienen la misma posición y son socios para la mejora. El mapa en sí es un activo vivo, que cambia con el tiempo a medida que el equipo a cargo de las mejoras se informa mejor sobre los valores, los intereses y los aportes de las partes interesadas; identifica áreas de coincidencia, y convierte esas coincidencias en oportunidades de mejora codiseñadas.

- **Desarrollar declaraciones de metas impulsadas por las personas**

También llamadas declaraciones de meta extendidas, este enfoque busca articular quiénes trabajan juntos para alcanzar la meta de mejora (el aspecto relativo a las personas) además de qué se está mejorando, en qué medida y para cuándo. Esta práctica les recuerda a las personas involucradas en la tarea de mejora que las personas son la fuente fundamental de valor para alcanzar las metas, e indica el uso de una lente de psicología del cambio para la mejora.

Las declaraciones de metas impulsadas por las personas hacen énfasis en el “nosotros” del Modelo de Mejora al nombrar a las personas de la siguiente manera:

Nosotros (**quiénes**: miembros del equipo de mejora) estamos codiseñando (**con quiénes**: partes interesadas internas y externas) para hacer (**qué**: el objetivo) por (**cuánto**: medida) para (**cuándo**: período de tiempo) mediante (**cómo**: cambios a evaluar) a fin de (**por qué**: motivación).

Por ejemplo:

- Declaración de meta inicial: Reducir en un 50 % el tiempo de estadía de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos (UCI) en un período de 9 meses.
- Declaración de la meta impulsada por las personas: Nosotros, Mary Marchetti, George Yin y Juan Carlos Santiago, estamos codiseñando con los pacientes de la UCI y sus familias, los miembros del equipo de cuidado paliativo y el personal de la UCI para reducir en un 50 % el tiempo de estadía de los pacientes de la UCI, en un período de 9 meses, mediante la convocación a reuniones proactivas con las familias de dichos pacientes o mediante consultas de cuidado paliativo para mejorar la calidad del cuidado de los pacientes y reducir los costos.

Este enfoque también les recuerda a los equipos que deben codiseñar las métricas que realmente son importantes para ellos. Por ejemplo, un esfuerzo de codiseño en la Administración de Salud de Veteranos cambió las medidas de los resultados para incluir el tiempo de espera y los servicios de salud mental. La iniciativa 100 Million Healthier Lives (100 millones de vidas más saludables) codiseñó, junto con los usuarios, su plataforma “Metrics That Matter” (Métricas que importan), que les permite a las personas medir cómo su trabajo de mejora contribuye a la salud, bienestar, equidad y sostenibilidad.

3. Coproducir en una relación auténtica

La coproducción es la segunda parte de un proceso de cocreación completo cuando se combina con el codiseño. New Economics Foundation describe el concepto de **coproducción** como un enfoque que:²⁸

- Trata a las personas como valores, no como cargas.
- Brinda oportunidades de crecimiento y desarrollo.



- Desarrolla la inteligencia emocional y la capacidad de las partes interesadas de trabajar juntas.
- Reduce la distinción entre productores de servicios y consumidores de servicios.
- Brinda responsabilidad real, liderazgo y autoridad a todas las personas involucradas.

El punto de la coproducción, como explica la fundación, “no es consultar más ni involucrar más a las personas en las decisiones; es alentarlas a utilizar las habilidades humanas y la experiencia que tienen para ayudar a llegar a la solución”. En la coproducción, las personas que proveen *y* utilizan los servicios de atención médica comparten poder y responsabilidad para resolver problemas y obtener resultados.

Maren Batalden, Paul Batalden y sus coautores amplían la noción de la coproducción en los servicios de atención médica. Identifican la prestación de servicios de atención médica como diferente a la prestación de productos. Por ejemplo, en el National Health Service (Servicio Nacional de Salud) de Inglaterra, los pacientes que viven con enfermedades crónicas aprendieron, junto con los proveedores de salud, las habilidades necesarias para comunicarse, programar las visitas de atención, desarrollar metas, controlar el progreso y resolver problemas. En Cambridge Health Alliance en Massachusetts, grupos de pacientes se reúnen para desarrollar planes de atención y crear una comunidad durante las citas médicas compartidas. Cada una de estas intervenciones se enfoca en las relaciones entre los proveedores y los pacientes, que trabajan juntos para lograr mejores metas de salud.²⁹

Coproducir en una relación auténtica:

El cambio se coproduce cuando las personas se consultan, se escuchan, se ven y se comprometen entre sí.

El Marco de la Psicología del Cambio de IHI hace hincapié en las **relaciones auténticas** como la base para la coproducción. Las relaciones auténticas se promueven a medida que las personas se consultan, se escuchan, se ven y se comprometen entre sí, apoyándose mutuamente. Dichas relaciones requieren presencia, consciencia, curiosidad genuina, humildad, el coraje de mostrar vulnerabilidad y la habilidad de escuchar. Por lo tanto, **coproducir en una relación auténtica** significa reconocer y apoyar las diferencias entre las personas y sus perspectivas, y crear una relación donde puedan presentarse el yo real y los pensamientos auténticos de cada miembro, lo que lleva a que se mantengan los compromisos mutuos. Estas interacciones son transformacionales, no reactivas ni transaccionales.

La diferencia entre transaccional y transformacional es similar a la diferencia entre inauténtico y auténtico. En un contexto **transaccional**, los líderes a cargo de las mejoras buscan las contribuciones de los pacientes y del personal de atención al público, pero solo en apariencia. Cuando esa contribución no tiene una influencia genuina en las decisiones, es solamente simbólica. Una contribución simbólica se da cuando una persona o grupo de personas que pertenecen a un grupo tradicionalmente dominante (por ej., líderes sénior, personas blancas, hombres, médicos) involucran a un miembro de un grupo menos dominante (por ej., personal principiante, personas de color, mujeres, pacientes) para que esa persona represente a su grupo. También se da cuando un líder invita a contribuir pero no incorpora esa contribución en la toma de decisiones; ya que su curso de acción o su decisión se determinará independientemente de la contribución. La contribución simbólica envía el mensaje claro de que el líder, el equipo o la organización a cargo de las mejoras no ve que la persona ni su habilidad (o el grupo y su habilidad) pueda contribuir. Solo ve un representante que satisface el deseo de obtener contribuciones aparentes de otras partes interesadas.

En contraste, en un contexto **transformacional**, cuando se coproduce en una relación auténtica, los líderes y las organizaciones a cargo de las mejoras están abiertos a la posibilidad de transformarse mutuamente. Por ejemplo, en 2012, los proveedores de atención médica y los

miembros de la comunidad en Columbia, Carolina del Sur, se asociaron para lograr la Triple Meta en una región geográfica con una de las tasas más altas de amputaciones relacionadas con la diabetes de la región. A pesar de los factores históricos, raciales y políticos arraigados, los líderes a cargo de las mejoras y los miembros de la comunidad desarrollaron relaciones auténticas. En el primer año, más de 350 personas destinaron más de 3.000 horas para mejorar la salud de la comunidad, incluso realizando más de 1.000 exámenes de salud. Un líder del hospital que está involucrado en el esfuerzo explicó: “En lugar de decirles a los miembros de la comunidad ‘Esto es lo que nosotros [proveedores] creemos que deben hacer’, dijimos ‘Queremos que ustedes nos digan qué harán y cómo podemos ayudarlos nosotros’”.³⁰ La conversación también cambió para los miembros de la comunidad, que pasaron de preguntarles a los proveedores “¿Qué pueden hacer ustedes por nosotros?” a decirles “Así es como pueden ayudar”. Los proveedores y los miembros de la comunidad cambiaron la forma en la que ven su relación mutua.

Como afirma Hahrie Han, profesora de Política Ambiental de la Universidad de California, Santa Barbara, “No nos transformamos solos, nos transformamos cuando tenemos una relación con otros”.³¹ La coproducción redefine las relaciones; no se trata solo de un medio para diseñar mejores procesos y alcanzar resultados, sino que tiene un impacto psicológico en sí mismo. Este resultado es consistente con la investigación que demuestra que desarrollar la agencia y empoderar a las personas puede tener un impacto positivo en la salud.³²

Algunos críticos cuestionan la coproducción debido a su ritmo lento. Es lenta, sí, pero solo al principio. Una vez que las personas establecen relaciones auténticas, permite ahorrar tiempo y recursos. Recordemos al Dr. Rose, que desperdició recursos y tiempo con enfoques que no resultaron en la adopción a gran escala de la lista de verificación de seguridad quirúrgica en McLeod, hasta que él y su equipo comenzaron a coproducir una relación auténtica. Su estrategia: cada miembro del equipo se reunió en persona con cuatro a siete colegas de su elección, los ayudó a expresar sus motivaciones intrínsecas y escuchó sus inquietudes, antes de invitarlos a evaluar y mejorar el uso de la lista de verificación, y unirse al equipo de mejora.

Durante varios años, un grupo tras otro de personal fue capacitado para practicar métodos de coproducción con cuatro a siete miembros del personal en una estrategia de red en cascada. A la fecha, más de 700 personas han participado en reuniones personales en el centro médico, lo que llevó a una adopción sostenida del 100 % de una mejora que salva vidas, mejora la seguridad, reduce costos, aumenta la satisfacción del personal y transforma la cultura. Eso es tiempo bien empleado. ¿Por qué? Porque una relación auténtica en sí misma es una fuente de valor y de motivación para actuar. Como señala el Dr. Rose, las relaciones que se desarrollaron durante el esfuerzo para adoptar la lista de verificación ahora sirven como base para muchos otros esfuerzos de mejora que permiten reducir residuos, mejorar el flujo y abordar problemas de seguridad.³³ Las relaciones auténticas son recursos que crecen con el uso.

Cómo coproducir en una relación auténtica

Si bien existen muchas herramientas en este dominio, los métodos seleccionados que se describen aquí, particularmente cuando se usan combinados entre sí, pueden permitir a los líderes y a los equipos a cargo de las mejoras coproducir en una relación auténtica. El concepto de la indagación humilde de Edgar Schein se basa en las herramientas de este dominio: el “arte de sacar información de alguien, de hacer preguntas a las que no tiene respuesta, y de desarrollar una relación basada en la curiosidad y el interés en la otra persona”.

- **Practicar los cinco pasos de una reunión personal**

La práctica de cinco pasos de las reuniones personales (ver figura 3) proviene de Marshall Ganz y el campo de la organización de la comunidad.³⁴

Figura 3. Reuniones personales



Fuente: Ganz M. *Organizing: People, Power, Change*.³⁴ Adaptado con permiso.

1. **Coordinación:** El organizador de la reunión capta la atención de otra persona para dedicar tiempo intencional juntos.
2. **Propósito:** Al comienzo de la reunión, el organizador describe con transparencia el propósito de la reunión, expresa energía y agradecimiento, y confirma el tiempo de finalización para ponerle un límite y un ritmo a la conversación.
3. **Exploración:** Este es el centro de la conversación, en donde el organizador hace preguntas abiertas y honestas, y escucha detenidamente (ver abajo). En un contexto de mejora, el enfoque está en aprender qué les importa y qué motiva a las personas para Potenciar la motivación intrínseca. El organizador de la reunión escucha el 80 % del tiempo, toma notas mentales sobre los valores, los intereses y los aportes de la otra persona, y comparte información sobre sí mismo el otro 20 % del tiempo. Este paso establece una buena base para una relación auténtica (especialmente cuando se combina con las otras prácticas que se pueden leer a continuación).
4. **Intercambio:** Se nombra explícitamente la información, el apoyo, los desafíos y los conocimientos que las dos personas están intercambiando durante la conversación, y se explora un posible propósito en común. Se pide la opinión de la otra persona sobre lo que es posible; se pone en juego la coproducción.
5. **Compromiso:** Una reunión personal exitosa finaliza con un compromiso claro (es decir, quién hará qué, para cuándo) para participar en un intercambio de aportes estratégicos y mutuos.

Dos errores comunes son pedir un compromiso sin establecer una base de valores compartidos y saltarse el paso de desarrollar un propósito compartido. Esto hace que sea un intercambio transaccional en donde el organizador extrae aceptación o acuerdo para hacer algo que el organizador desea. En contraste, cuando ambas partes exploran las motivaciones e intereses mutuos y se comprometen a realizar sus aportes para lograr un propósito compartido con el que

están de acuerdo, coproducen en una relación auténtica. Los intereses individuales se transforman en intereses comunes, y ambas partes se comprometen a realizar sus aportes en conjunto en pos de esos intereses. En la medida en que estos intercambios se fundamenten en valores compartidos, trascenderán las meras transacciones para convertirse en una buena base para el crecimiento, el aprendizaje y el desarrollo transformador.

- **Cultivar los hábitos del corazón**

Los “hábitos del corazón” son un concepto acuñado por Alexis de Tocqueville y ampliado por Parker Palmer que se refiere a las “maneras profundamente imaginadas de ver, ser y responder... que involucran a nuestra mente, nuestras emociones, nuestra imagen personal y nuestros conceptos de significado y propósito”. Los hábitos del corazón son cinco “formas de ser” que fundamentan a las personas en la consciencia y autenticidad. Comprenden la idea de que todos estamos en esto juntos, el valorar la “otredad”, la habilidad de manejar la tensión de manera saludable, un sentido de agencia personal y voz, y una capacidad para crear comunidad.³⁵ Los líderes a cargo de las mejoras utilizan los hábitos del corazón como guías para la consciencia personal. Los equipos de mejora reflexionan sobre las formas en que los hábitos del corazón resuenan en su trabajo juntos (por ej., a menos que tengamos un entendimiento compartido de que todos estamos en esto juntos, corremos el riesgo de culparnos o avergonzarnos a nosotros mismos o a los demás; debemos encontrar la manera para manejar la tensión de formas creativas para evaluar nuevas ideas).

- **Hacer preguntas abiertas y honestas**

Parker Palmer también desarrolló la práctica de hacer preguntas abiertas y honestas que obtienen la respuesta más completa al permitir que múltiples personas contribuyan, sin una respuesta predeterminada en mente.³⁶ Las preguntas abiertas dejan un espacio para que los demás compartan sus ideas (por ej.: ¿Qué sucedió? ¿Cómo lo hizo sentir? ¿Qué aprendió?). Al hacer preguntas abiertas y honestas, los líderes escuchan detenidamente y buscan entender las respuestas.

- **Practique indagación apreciativa**

La indagación apreciativa invita a las personas a reflexionar sobre sus éxitos y experiencias positivas pasados y a aprender de ellos.³⁷ Cuando los líderes preguntan qué es lo que ya funciona, incluso cuando se necesita un cambio, demuestran curiosidad y que valoran la experiencia de quienes están involucrados en el trabajo, algunos de los cuales podrían resistirse al cambio. Por ejemplo, “Cuéntenme sobre un momento en que sintieron orgullo por el trabajo de mejora del equipo”. La indagación apreciativa puede ser motivadora, tanto para líderes como para equipos, y puede ayudarlos a crear una nueva narrativa que todos compartan, incluso si el cambio es parte de ella.

- **Practique la escucha profunda**

En la práctica de la escucha profunda, una persona se calma para recibir y entender a otra persona. Se apaga la tecnología, se ponen en pausa los pensamientos, se presta atención y se despierta la curiosidad. Las personas escuchan para entender, para encontrar las emociones tras las palabras, y para detectar el compromiso (o la falta de compromiso) con lo que se está expresando.



4. Distribuir el poder

Todas las personas ejercen poder en distintos grados y tienen prejuicios y sesgos, tanto implícitos como explícitos. Es esencial ver las maneras en que se combinan el poder y el prejuicio para generar desigualdad a nivel individual, interpersonal y sistémico, y actuar al respecto.³⁸ En el ámbito de la atención de la salud, esto incluye eliminar las disparidades en el acceso, el uso y los resultados para todas las razas, géneros, edades, orientaciones sexuales o identidades de género, estados socioeconómicos, religiones y otras características históricamente vinculadas con la discriminación o exclusión.³⁹

Desde este punto de vista, los líderes deben pensar en proyectos de mejora y preguntarse: ¿En qué medida son las disparidades de poder las causas subyacentes del problema? La distribución desigual e injusta de poder es el resultado de las elecciones de las personas y los grupos en posiciones de poder a expensas de quienes no tienen poder. Los resultados generan sistemas de opresión, o los valores y hábitos culturales que respaldan el avance de un grupo (por ejemplo, personas blancas, hombres, líderes sénior, médicos) mediante la opresión de otro grupo (por ejemplo, personas de color, mujeres, empleados en puestos de contacto con el público, pacientes). Las personas que se identifican con un grupo que detenta el poder experimentan los beneficios de un sistema diseñado para su progreso, mientras que las personas en el grupo que no tiene el poder, no.

Para activar la agencia de las personas, esta realidad debe tenerse en cuenta no solo en el codiseño y la coproducción, sino también en la distribución del poder. El poder no es la posición ni el cargo que una persona tiene dentro de una organización; no es una cosa, un atributo ni una característica. El poder es relacional. Se produce por una serie de relaciones interdependientes que se pueden cambiar para alcanzar un fin específico. El poder se genera cuando las personas aplican sus habilidades, conocimientos, experiencias y su capacidad de actuar, de manera individual o en conjunto, para alcanzar un fin.

Las siguientes cuatro preguntas ilustran la naturaleza interdependiente y relacional del poder,⁴⁰ y cada pregunta se ilustra en un ejemplo familiar actual.

- **¿Qué cambio queremos? (¿Cuál es nuestro interés?)**
Ejemplo: En el proyecto de mejora de lista de verificación de seguridad quirúrgica, ¿qué cambio quiere el Dr. Rose? Quiere reducir el daño a pacientes haciendo que los equipos de cirugía utilicen la lista de verificación de seguridad el 100 % del tiempo.
- **¿Quién tiene lo necesario para crear el cambio?**
Ejemplo: Cirujanos, anestesistas, enfermeros de cirugía, técnicos de cirugía.
- **¿Qué quieren? (¿Cuál es su interés?)**
Ejemplo: Posiblemente, los cirujanos quieran estar a cargo o se sientan impotentes al imaginar la responsabilidad por el paciente de cualquier otra forma. Posiblemente, los enfermeros y técnicos quieran sentirse capaces de expresarse en nombre del paciente. Todos quieren los mejores resultados para el paciente.
- **¿Qué aportes hace nuestro trabajo de mejora que estas personas quieren o necesitan?**
Ejemplo: El Dr. Rose y su equipo a cargo de las mejoras pueden realizar un aporte que puede ayudar a todas las partes a conectarse con su propósito en común: el aporte de crear foros para Potenciar la motivación intrínseca, codiseñar el cambio impulsado por las personas, y coproducir una relación auténtica con los mejores resultados para el paciente.

Distribuir el poder:

Cuando se comparte el poder, las personas pueden hacer sus aportes particulares para lograr un cambio.

Al explorar los intereses de las personas e invitarlas a expresar lo que tienen para ganar o perder, las personas que se dedican a la mejora pueden determinar estrategias para abordar las dinámicas del poder y las fuentes de resistencia que sirven como barreras para la mejora. En este ejemplo, como en la mayoría de los contextos de mejora, el Dr. Rose y su equipo desarrollaron lo que Ganz describe como “poder con”, que significa que se enfocaron en un interés en común (los mejores resultados para el paciente) para distribuir el poder entre los grupos profesionales combinando sus aportes particulares de formas nuevas.

Pero como no siempre se abordan los intereses de todos, algunas personas experimentan una pérdida real con el cambio (y por eso se resisten). Por ejemplo, al principio, algunos cirujanos en la organización del Dr. Rose se resistieron a lo que percibían como una pérdida de control debido a la adopción de la lista de verificación, afirmando el “poder sobre” los equipos de cirugía para mantener el *status quo*. Sin embargo, esta dinámica cambió a medida que los equipos de cirugía compartieron el poder al activar cada vez más personal para utilizar la lista de verificación, creando así más presión e influyendo en los cirujanos que inicialmente se resistieron. Como Evertt Rogers sugiere, esto refleja cómo los esfuerzos de mejora que desarrollan el “poder con” los demás pueden, con el tiempo, hacer valer el “poder sobre” los que se resisten, fundamentalmente, cambiando la relación de poder para promover la adopción a gran escala.

Distribuir el poder es una manera de generar más poder (es decir, la habilidad de alcanzar un propósito compartido) y de facilitar el cuidado basado en el equipo. Por definición, **distribuir el poder** significa que muchas personas en un sistema, en todos los límites y niveles, trabajan juntas para crear las condiciones que permiten alcanzar un propósito compartido, y que cada persona tiene un rol necesario e interdependiente en el trabajo. Como Frederic Laloux indica en *Reinventing Organizations*, las personas pueden tener diferentes niveles de poder posicional y, sin embargo, ejercer su capacidad para contribuir a la meta en común. Por ejemplo, un líder sénior aporta la autoridad de toma de decisiones para destinar recursos para un esfuerzo de mejora, mientras que el personal de atención al público aporta el conocimiento de las mejoras evaluadas. A pesar de las diferencias en la autoridad posicional, ambas son necesarias para el éxito.

En su libro, *New Power*, Jeremy Hieman y Henry Timms ofrecen un comentario adicional sobre el poder, en donde comparan nuevas y viejas perspectivas de poder:⁴¹

- El **viejo poder** funciona como el dinero. Pocas personas lo tienen. Cuando se obtiene, se lo cuida con recelo, y los poderosos tienen una suma considerable para gastar. Es cerrado, inaccesible y va de arriba hacia abajo. Se descarga y se captura. El poder es una posición o algo que uno ejerce.
- El **nuevo poder** opera como una corriente. Se genera entre muchas personas a través de las relaciones. Es abierto, participativo e impulsado de forma colectiva. Sube y distribuye. Como el agua o la electricidad, el nuevo poder es más fuerte cuando surge a través de la coproducción, y otorga a las personas un sentido de agencia. La meta no es acaparar el poder, sino liberarlo y canalizarlo hacia la dirección deseada. Una creencia común es que todos tenemos el derecho inalienable de participar y compartir en el poder.

Similar a la opinión de Hiemans y Timms sobre el “nuevo poder”, la distribución del poder permite que se produzcan pruebas de mejora en múltiples lugares en simultáneo, con ciclos de críticas constructivas para informar el esfuerzo general de mejora. La distribución del poder también ayuda a las organizaciones a ampliar las mejoras. Una meta audaz se puede dividir en proyectos de mejora más pequeños en los equipos cuyos líderes desarrollan equipos de líderes, y así sucesivamente, ofreciendo puntos de entrada para que las personas en toda la organización puedan participar en la mejora en todos los niveles para alcanzar la meta general. Esta forma de liderazgo

colaborativo, en cascada hacia afuera, puede, cuando se basa en un propósito compartido, aclarar las normas y definir bien los roles; y promover la estabilidad, la motivación, la adaptación y, principalmente, el ejercicio de la agencia de todos los involucrados.⁴²

Por ejemplo, el National Health Service (Servicio Nacional de Salud) de Inglaterra activó la agencia de los demás para distribuir liderazgo en una campaña en todo el país llamada The Right Prescription (La Receta Correcta), con el objetivo de que “todas las 180.000 personas con demencia que reciben medicamentos antipsicóticos sean sometidas a un examen clínico para asegurarnos de que reciben estos medicamentos correctamente, que se han considerado alternativas a su receta, y que se ha tomado una decisión compartida para marzo de 2013”. The Right Prescription invitó a todos los grupos interesados a codiseñar acciones, incluso a personas con demencia y sus familias, líderes de centros asistenciales, médicos generales y equipos de atención primaria, psiquiatras y equipos de salud mental, farmacéuticos, médicos de hospitales, inspectores de sanidad y servicios de atención social, y directores médicos y de enfermería de fundaciones hospitalarias y fiduciarias. Luego, cada grupo hizo su propio compromiso para con el esfuerzo. Por ejemplo, los farmacéuticos indicaron: “Me comprometo a examinar a las personas bajo mi cuidado para identificar a aquellas que reciben medicamentos antipsicóticos y a trabajar en asociación con mis colegas farmacéuticos y otros colegas de atención médica para examinar a cada individuo”. Con un enfoque en la distribución del poder, 120 sistemas de hospitales, 5.000 médicos generales, 25.000 enfermeros y 40.000 farmacéuticos generaron, juntos, una reducción del 51 % en las recetas de antipsicóticos para personas que viven con demencia en menos de tres años.⁴³

Sin embargo, cabe destacar, como en el caso de The Right Prescription, que la distribución de poder requiere invertir en la construcción de relaciones, en el desarrollo y capacitación, en cascada en todo un esfuerzo de mejora, a medida que los líderes de atención al público aprenden a estructurar el trabajo. Además, la distribución de poder es solo una manera de estructurar el poder. A veces, se necesitan otras estructuras para promover una meta de mejora, como consolidar el poder en manos de unos pocos para cambiar una dinámica que sirve de barrera. Por ejemplo, cuando un líder sénior no destina recursos a un esfuerzo de mejora, la manera más eficaz de estructurar el poder posiblemente no sea distribuirlo, sino triangular y apuntar a otras fuentes de influencia con ese líder, según sus intereses. El paso crítico es desarrollar estrategias que modifiquen la naturaleza relacional del poder.

Cómo distribuir el poder

Si bien existen muchas herramientas en este dominio, cuatro métodos crean las condiciones fundamentales para distribuir el poder.

- **Crear un propósito compartido**

Un propósito compartido aborda el desafío que surge cuando los miembros de esfuerzos de mejora están acostumbrados a ejercer diferentes tipos de poder y recursos. Un propósito compartido sugiere que todos los socios son iguales al definir el trabajo colectivo del grupo, no de un individuo. Aunque está relacionado con la creación de una iniciativa de mejora al establecer un caso para el cambio y desarrollar una meta, el propósito compartido establece un ámbito de actividad en torno al cual los miembros del equipo pueden unirse.⁴⁴

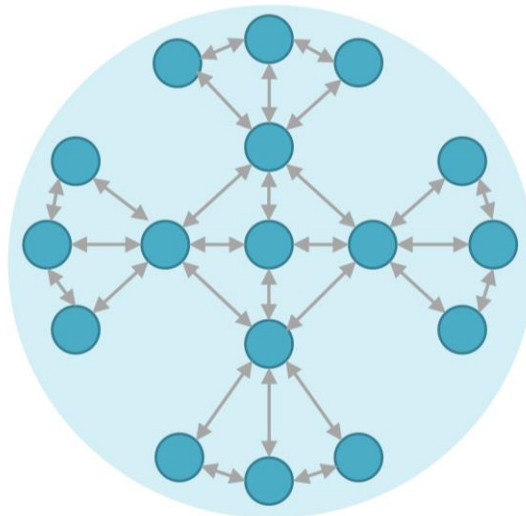
También se pueden superar los patrones preexistentes negativos en las relaciones intergrupales creando propósitos superiores que se valoren mutuamente.⁴⁵

La identificación de un propósito compartido también aborda otro desafío en un contexto de mejora: a menudo, los líderes a cargo de las mejoras tienen poca autoridad para influir en los demás, porque muchos proyectos de mejora son interprofesionales y trascienden las estructuras de rendición de cuentas. En general, las redes informales y las relaciones personales son más importantes para promover los esfuerzos de mejora.⁴⁶ Un propósito compartido de manera colectiva también ayuda a los miembros del equipo a mantener un compromiso público con el trabajo.

- **Desarrollar una estructura de liderazgo distribuido con roles claros y trabajo interdependiente**

En lugar de utilizar el liderazgo de arriba hacia abajo, conviene desarrollar una estructura del equipo a cargo de las mejoras que opere de acuerdo con el principio de que ninguna persona ni subgrupo de personal tiene todo el poder y responsabilidad. La idea es trabajar juntos para desarrollar una estructura de liderazgo distribuido, en donde la responsabilidad se comparta entre todos los miembros del equipo (ver figura 4). Por ejemplo, formar equipos de tres personas en donde un médico, un enfermero y un administrador compartan el liderazgo de un grupo y desarrollen estructuras sólidas de comité que aborden desafíos específicos, cada uno liderado por miembros de los grupos afectados, para distribuir el poder y ganar los corazones y las mentes de las personas necesarias para que se produzca la mejora.

Figura 4. Estructura de liderazgo distribuido



Los equipos pueden adoptar esta ayuda visual para ayudar a las personas a verse como nexos que distribuyen el poder de forma mutua. En los trabajos interdependientes, el éxito o el fracaso de uno afecta a todos. Todos tienen a su cargo una parte del trabajo según sus habilidades personales y sus aportes particulares, y entienden que cada parte es necesaria para alcanzar la meta común. Aclarar los roles en toda la estructura de liderazgo es esencial para administrar la interdependencia y coordinar el trabajo. Incluso en configuraciones jerárquicas, los líderes pueden usar esta estructura para crear un “sistema de doble operación” ágil que permita distribuir el poder y activar la agencia de las personas.⁴⁷

- **Establecer acuerdos de trabajo explícitos**

Todos los miembros del equipo a cargo de las mejoras toman decisiones que establecen el tono y generan las condiciones para que los demás ejerzan o no su coraje o su poder. Las personas envían señales, implícita y explícitamente, sobre qué tipos de comportamientos son aceptables e inaceptables. Los líderes a cargo de las mejoras son responsables de demostrar coraje y generar seguridad para que otras personas ejerzan poder y elijan la mejora por sobre el *status quo*.

Para ello, es bueno tomarse el tiempo de establecer acuerdos de trabajo, o normas, para que el equipo a cargo de las mejoras decida cómo comportarse juntos para alcanzar la meta en común. Los acuerdos de trabajo también deben ser conscientes de la dinámica de poderes que el equipo crea en conjunto. Para distribuir el poder, se deben establecer normas, como ceder el poder de tomar decisiones al equipo y determinar un proceso adecuado para la toma de decisiones. Como norma de comunicación, puede invitar a los miembros del equipo que tienden a permanecer callados a dar un paso al frente y pedirles a los que tienden a hablar primero o a dominar la conversación que practiquen el dar un paso atrás. Invite a los miembros del equipo a cocrear cronogramas, a cofacilitar reuniones, a pensar en ideas entre todos, a alterar los asientos o el espacio en donde se reúnen y a rotar las funciones durante las reuniones de equipo. Incorpore la tutoría inversa, por la cual aquellos con la menor autoridad posicional asumen el rol de mentores y revisores de quienes tienen más autoridad.

De igual manera, Parker Palmer alienta a adoptar los “Pilares para crear espacios seguros”, por ejemplo, elegir uno mismo cuándo y cómo participar, hacer espacio para el silencio y la reflexión, respetar las diferencias, maravillarse (en lugar de juzgar), realizar preguntas abiertas y honestas y cumplir con la confidencialidad.⁴⁸ Las normas como estas generan un sentimiento de seguridad psicológica, o un “clima en el que las personas se sienten cómodas, pueden ser ellas mismas y expresarse con autenticidad”, cosa que es fundamental para la mejora y el aprendizaje.⁴⁹

Para que los acuerdos de trabajo sean eficaces en la distribución del poder para guiar comportamientos, los equipos de mejora pueden cocrear un mecanismo de responsabilidad positivo para definir qué sucede en el grupo si alguien no cumple con las normas.⁵⁰ Aunque puede sonar contraproducente, esta práctica impulsa los esfuerzos de mejora, ya que, cuando las personas asumen la responsabilidad de forma positiva para funcionar con más efectividad, se comprometen más a participar en el trabajo de una forma psicológicamente alentadora.

- **Celebrar cuando las personas ceden el poder**

Para muchas personas, especialmente aquellas en posiciones de autoridad tradicionales, cambiar el comportamiento para ceder el poder puede resultar difícil, ya que va en contra de cómo fueron capacitados y de cómo han trabajado siempre. Cuando una persona con autoridad posicional diga “Dígame más” en lugar de “Quisiera hablar con usted después de la reunión”, valórelo. Cuando una persona con autoridad posicional muestre vulnerabilidad o pida una revisión de desempeño inversa, agradézcaselo. Cuando el equipo tome una decisión en conjunto, destaque que fue un logro grupal exitoso. Cuando un miembro del equipo le pida a otro más callado que comparta sus ideas, deténgase para agradecerse a ambos. Valorar a las personas por distribuir el poder los motiva a seguirlo haciendo.



5. Adaptación en acción

Muchas personas que mejoran la salud sienten que los métodos de mejora de calidad son motivadores. La **acción** demuestra el coraje de las personas y es un ejercicio de su poder. Esto puede generar un mecanismo de refuerzo de activar la agencia de las personas en un ciclo virtuoso: la acción engendra más acción. El IHI alienta a las personas que se dedican a la mejora a actuar preguntando: “¿Qué podemos hacer para el próximo martes?”. El ciclo Planificar-Hacer-Estudiar-Actuar (PHEA) es una oportunidad para realizar pruebas y aprender, y para el desarrollo adaptivo: está bien cometer errores, y es fundamental analizarlos y aprender de ellos. Los datos brindan pistas que revelan puntos brillantes de los que tomar elementos y compartir, o tendencias y patrones que tratar. Comparar el desempeño entre equipos, unidades y organizaciones puede ser intrínsecamente motivador para enorgullecerse del trabajo propio. La variación les da energía a las personas para cambiar sus comportamientos. Un seguimiento de los índices de mejora con el tiempo se puede transformar en la urgencia de actuar.

Cuando las personas que se dedican a la mejora de la calidad recurren a aumentar y mantener el impacto, lo que deben hacer es **adaptarse**. No hay datos que sugieran que una “innovación perfecta” se propague por sí misma. De igual manera, las personas que se dedican a la mejora deben evitar la “trampa de la réplica” de la adopción: es decir, la idea de que pueden lograr el mismo resultado a gran escala simplemente repitiendo lo mismo.⁵¹ Se debe activar la agencia de las personas para adoptar y adaptar. Por lo tanto, es fundamental entender qué aspectos de una mejora son esenciales, no negociables y se deben mantener firmes. Es igual de importante ser más flexibles con todo lo demás, para activar la agencia de otros líderes a cargo de las mejoras, los equipos, las unidades y las organizaciones para que se adapten al cambio.

Las personas que se dedican a la mejora trabajan juntas para adaptar cambios en nuevos contextos, y esto lleva a experiencias de autonomía, crecimiento y comunidad. El aprendizaje ocurre a medida que las personas que se dedican a la mejora realizan ajustes grandes y pequeños (internos y externos) mediante ciclos de PHEA en busca del objetivo de un esfuerzo de mejora, la capacidad de su equipo y su propio crecimiento. Al tomar decisiones sobre cómo realizar pruebas y mejorar en acción, las personas experimentan sentimientos de autonomía y dominio del crecimiento. Además, al actuar con otras personas, sienten que no están solas.⁵² En otras palabras, la adaptación en acción puede generar un mayor compromiso con la mejora de calidad.

La campaña 100.000 Lives (100.000 vidas) de IHI ejemplifica esta lección. En la campaña, miles de líderes a cargo de las mejoras en más de 4.000 hospitales de todo Estados Unidos implementaron seis mejoras centrales para reducir el daño y las muertes en un período de 18 meses, lo que resultó en que se salvaran 100.000 vidas.⁵³ El equipo de IHI podría haber adoptado el enfoque de decirles a los líderes a cargo de las mejoras cómo demostrar fidelidad; en lugar de ello, distribuyeron poder entre las personas que estaban implementando las mejoras, brindando capacitación y apoyo a oficinas de campo regionales de todo el país, lo que, a su vez, brindó capacitación y apoyo a hospitales participantes en sus regiones. ¿Por qué? Porque ahí estaba la acción: el aprendizaje y los avances sucedieron en el punto de atención. En su punto álgido, la Red de Hospitales Mentores de la campaña incluía a más de 200 hospitales participantes de casi todos los 50 estados, desde grandes centros médicos académicos urbanos hasta hospitales comunitarios medianos y pequeños hospitales rurales. Los Hospitales Mentores realizaron presentaciones durante llamadas trimestrales “en horario laboral” para los participantes de la campaña, en las que compartían sus fracasos (y éxitos) con transparencia. Si bien los participantes apreciaron la presencia de expertos en la llamada, la mayoría de las preguntas estuvo dirigida a los Hospitales Mentores, dado que eran pares en el punto de atención con desafíos similares. Su influencia fue inmensa; les mostraron a las personas, de manera creíble, como adaptarse en acción.⁵⁴

Adaptación en acción:

Pasar a la acción puede ser una experiencia motivadora para que las personas aprendan y reafirmen su voluntad de ser eficaces.

Los líderes a cargo de las mejoras pueden establecer condiciones para que la adaptación en acción motive a quienes están involucrados en la acción. ¿Cómo? Primero, las personas que se dedican a la mejora pueden identificar formulaciones adaptivas del problema y la solución: un reconocimiento básico de que las personas necesitan adaptar los cambios de alguna manera.⁵⁵ Luego, las personas que se dedican a la mejora pueden incorporar principios de diseño de acción motivadora (consulte la sección “Potenciar la motivación intrínseca”) y hacer énfasis en que todos los éxitos *y* los fracasos son importantes, y que todos los miembros del equipo tienen algo por aprender.⁵⁶ Más importante aún, los líderes pueden minimizar la carga del juicio y la presión de obtener un resultado al desplazar el enfoque hacia aprender cuál es el camino hacia la meta. El aprendizaje *es* el resultado, lo que les permite adaptarse a los equipos para lograr el objetivo.⁵⁷ Son raras las ocasiones en que las personas pueden aprender todo lo que necesitan aprender para tener éxito antes de entrar en acción: el verdadero entendimiento surge en la acción, no la precede.⁵⁸

Por ejemplo, si volvemos al ejemplo del Dr. Rose, cuando los equipos quirúrgicos adoptaron la lista de verificación de seguridad quirúrgica, presentaron y compartieron informes de casos en todo el departamento. Al hacerlo, compartieron historias de éxito y fracaso, y mejoraron sus estrategias para resolver los futuros fracasos. Adaptaron la lista de verificación mediante pruebas de PDSA a pequeña escala, y luego redujeron la variación volviendo a estandarizar sus mejoras. Vieron que el uso del método con lista de verificación e informe tuvo como resultado el logro de su objetivo compartido: la seguridad de los pacientes y los mejores resultados posibles. En el camino, aprendieron a confiar unos de otros, lo que desarrolló su capacidad de colaboración al compartir historias de fracaso sin culpa y celebrar historias de éxito con alegría. Y, como distribuyeron el liderazgo entre profesiones y se apropiaron del trabajo entre todos, encontraron motivación para hacerse cargo de nuevos esfuerzos de mejora, lo que aumentó el compromiso de las personas en una “escalera de compromiso”.⁵⁹

Cuando las personas consideran que sus esfuerzos, independientemente del éxito que tuvieron, contribuyeron al avance hacia la meta, son más propensas a querer participar más plenamente. Comparten responsabilidad, lo que a su vez genera motivación y un sentimiento de compromiso que facilita la responsabilidad en el camino hacia la mejora.⁶⁰

La responsabilidad también se debe dar al nivel de la disposición de las personas a aprender de los efectos de sus pensamientos, sentimientos y comportamientos para el cambio y la adaptación. Chris Argyris, profesor y teórico de la Escuela de Negocios de Harvard, sugiere que el aprendizaje no es una resolución de problemas que se da únicamente corrigiendo errores externos en el ambiente. “Hay una tendencia universal de los humanos a diseñar las acciones propias para mantener el control, maximizar la ‘victoria’, suprimir sentimientos negativos y ser lo más ‘racionales’ posible. Es por esta tendencia que los humanos definen objetivos claros y evalúan su comportamiento según si los alcanzaron o no”.⁶¹ Continúa: “Para que persista el aprendizaje, las personas deben realizar una tarea de introspección. Deben realizar una reflexión crítica sobre su propio comportamiento, identificar las maneras en que suelen contribuir con los problemas de la organización sin darse cuenta de ello, y cambiar su manera de actuar”.⁶² Argyris indica que, sin reflexión ni conciencia personal, las personas entusiastas sobre la mejora continua pueden ser el mayor obstáculo para que la mejora tenga éxito.

Según Argyris, “El momento en que la búsqueda de la mejora continua pasa a ser sobre el desempeño propio de las personas que se dedican a la mejora es el momento en que algo sale mal [...]. Los profesionales [...] [se sienten] amenazados por la idea de tener que evaluar críticamente su propia función [...]. En lugar de ser catalizadores para el cambio, estos sentimientos causan que la mayoría reaccione de modo defensivo [...]. El aprendizaje defensivo puede bloquear el aprendizaje, incluso cuando el compromiso para con él es alto”.⁶³ Por esta razón, es fundamental

que los líderes a cargo de las mejoras no solo solucionen problemas de implementación a medida que se adaptan en acción, sino que además desarrollen una conciencia y comprensión mucho más profunda y matizada de sus propios pensamientos, sentimientos y comportamiento (es decir, de su propia psicología) para cambiar y adaptarse, tanto de forma individual como colectiva.

Cómo adaptar en acción

Las herramientas para adaptarse en acción toman elementos de métodos para el aprendizaje adaptivo continuo, y se pueden utilizar para apoyar a los líderes y a los equipos a cargo de las mejoras en la adaptación de los métodos de los otros cuatro dominios del Marco de la Psicología del Cambio de IHI.

- **Capacitar y ser capacitado**

Capacitar es el acto (y el arte) de activar la agencia de las personas para lograr un propósito de frente a la incertidumbre. Es una intervención directa en el proceso de trabajo de una persona o un equipo que los ayudará a mejorar su eficacia o a superar desafíos. Supone un proceso de cinco pasos: 1) observar y recopilar información; 2) diagnosticar desafíos motivacionales, conceptuales y prácticos; 3) intervenir con preguntas abiertas y honestas que les permitan a las personas resolver sus propios problemas; 4) establecer pasos de acción; y 5) realizar un seguimiento con apoyo. Los líderes a cargo de las mejoras pueden establecer normas y desarrollar las habilidades de las personas para capacitar y recibir capacitación, y así avanzar con la mejora.

- **Adoptar una mentalidad de crecimiento**

Este es un concepto popular en psicología y manejo del cambio. La psicóloga Carol Dweck describe “la mentalidad de crecimiento” de algunas personas en posición de aprendizaje, según la cual los comportamientos de algunas personas indican la creencia de que la inteligencia o las capacidades de cada uno son fijas, mientras que los comportamientos de otras personas indican la creencia de que la inteligencia o las capacidades se pueden desarrollar con el tiempo. Dweck muestra que los resultados mejoran cuando se elogian y se recompensan el esfuerzo y el proceso, en lugar de elogiar los logros.⁶⁴ Enfocarse en el esfuerzo y el proceso requiere de un cambio de paradigma que se aleje de la mentalidad del logro y se acerque a una mentalidad de crecimiento.

- **Avanzar a pesar de los fracasos**

En este enfoque, los fracasos son bienvenidos y se consideran un paso necesario para la mejora. Aprender de los fracasos es una meta explícita e intencional. Cada intento brinda más información para mejorar un proceso o enfoque. Los equipos pueden planificar avanzar a pesar de los fracasos utilizando un ejercicio de “modo de fracaso” simplificado que cultiva mentalidades de resiliencia, adaptación positiva en situaciones adversas o estresantes, y valor, perseverancia y pasión por las metas a largo plazo.⁶⁵ El ejercicio ayuda a las personas a superar grandes miedos al identificar el fracaso, cuán probable es que suceda, cuán grave sería si ocurriera, y qué estrategias de mitigación se podrían implementar. Tratar explícitamente el miedo al fracaso les permite a los miembros del equipo a cargo de las mejoras ver sus miedos claramente y cambiar el enfoque hacia experimentar, cometer errores y ayudarse a aprender juntos.

- **Integrar el aprendizaje emergente**

El Modelo de Mejora pregunta: “¿Cómo sabremos que un cambio es una mejora?”. Todo proyecto de mejora necesita un sistema para realizar un seguimiento del progreso y evaluar esfuerzos específicos. El aprendizaje emergente brinda una disciplina para comprender el aprendizaje que

emerge del trabajo en sí. Las herramientas y prácticas respaldan el sacar a la superficie, capturar y utilizar esos conocimientos y ese aprendizaje para informar mejoras futuras, lo que ayuda a entrenar nuestro proceso de pensamiento para tomar decisiones y actuar con base en hipótesis más profundas y sólidas sobre qué se necesita para alcanzar el futuro al que aspiramos.⁶⁶

La más fundacional de estas prácticas es la “revisión antes y después de la acción”, desarrollada y utilizada por el Ejército de los Estados Unidos.⁶⁷ En una revisión antes de la acción, un equipo declara cuál es el resultado esperado y cómo reconocerá el éxito, identifica los desafíos que predice y toma conocimientos de experiencias pasadas, y luego desarrolla un plan para lograr el resultado de frente a los desafíos anticipados. Los equipos utilizan esta herramienta durante la etapa de “Planificación” de cualquier PDSA. Luego, durante la fase de “Estudio”, el equipo puede realizar una revisión después de la acción y comparar qué pretendían con lo que realmente sucedió, reflexionar sobre qué causó los resultados e identificar qué elementos mantener y cuáles mejorar para la próxima PDSA.

Medición

¿De qué manera pueden saber los equipos y las organizaciones que el Marco de la Psicología del Cambio de IHI está teniendo el impacto deseado en los esfuerzos de mejora? Un sistema de medición para la psicología del cambio debe enfocarse en los efectos del marco sobre el alcance de las metas de la actividad de mejora específica. Dada la variedad de iniciativas de mejora, no hay una única medida del efecto del Marco de la Psicología del Cambio de IHI. En lugar de ello, cada iniciativa o proyecto de mejora tendrá su propio proceso y medidas de los resultados. En comparación con sitios que no tienen experiencia con el marco, los sitios que sí tienen esta experiencia deberían obtener mejoras mayores, más rápidas o que se mantienen durante más tiempo en los procesos y resultados deseados de las iniciativas.

Por ejemplo, una iniciativa de mejora sobre eventos adversos asociados a medicamentos podría incluir las mediciones principales de resultado (por ejemplo, eventos adversos asociados a medicamentos) y el índice de propagación de los procesos específicos (por ejemplo, la cantidad de unidades de atención que utilizan sesiones informativas para la unidad para identificar problemas de seguridad con los medicamentos). Además, las personas que se dedican a la mejora de la calidad pueden evaluar la eficacia del Marco de la Psicología del Cambio de IHI mediante una serie de posibles medidas de la actividad (por ejemplo, la cantidad de capacitaciones realizadas, la cantidad de personas que participan en el trabajo de mejora y la cantidad de líderes que participan). También se podría medir el aumento en la agencia en un equipo de mejora, por ejemplo, si los miembros del equipo informan de forma diaria o semanal el porcentaje de miembros del equipo que responden “de acuerdo” o “totalmente en desacuerdo” a la afirmación “siento que puedo aportar mis conocimientos y habilidades para avanzar hacia el objetivo común de nuestro equipo”. Al realizar un seguimiento de este porcentaje con el tiempo, los líderes obtienen una idea de si ha mejorado o no la agencia de los miembros del equipo. En última instancia, más allá de los objetivos y las medidas relacionados con la mejora, los líderes a cargo de las mejoras deben ver resultados a nivel sistema que sean consistentes con los comportamientos que están adoptando las personas: una mayor adopción de metodologías de mejora en todo el sistema, mejor seguridad psicológica y menor agotamiento y rotación de personal.

Además de estas mediciones a nivel sistema de la eficacia del Marco de la Psicología del Cambio de IHI, las organizaciones pueden usar mediciones a nivel individual de la eficacia del marco. Las mediciones de proceso y equilibrio, según corresponda, pueden indicar ciertas cuestiones, por ejemplo, si las personas que participan en el trabajo de mejora se sienten mejor y más satisfechas; si hay mayor esfuerzo discrecional y participación voluntaria (o menor índice de abandono con el

tiempo); si hay mayor retención y disposición a participar en trabajos de mejora futuros. Una evaluación basada en la escala de Likert de las personas que participan en el trabajo de mejora podría permitir una evaluación autoinformada de la motivación intrínseca de las personas por participar (por ejemplo: ¿Qué tanto lo motiva participar en este proyecto?), sus sentimientos de participación en el diseño y la implementación (por ejemplo: ¿Qué tan involucrado estuvo en el diseño de esta iniciativa?), las percepciones sobre cuán valoradas se sienten las personas del equipo (por ejemplo: ¿Qué tan valorado se siente?), y la resistencia a la adaptación y disposición a aprender (por ejemplo: ¿Qué tan listo está para adaptarse si fuera necesario?).

Los equipos de mejora de la calidad deben determinar definiciones operativas para estos conceptos y medidas asociadas sobre la base de las prácticas utilizadas para promover la psicología del cambio, así como también otros factores contextuales. Las evaluaciones cuantitativas pueden utilizar una escala de medición tipo Likert, y los métodos cualitativos pueden incluir compartir y analizar historias, datos obtenidos mediante la observación, y críticas constructivas. Los modelos de lógica de mejora específica pueden subdividirse en mayor medida estas mediciones en resultados a corto, mediano y largo plazo.

Además, la estratificación y subagrupación racional (por unidad, departamento, disciplina y otros factores demográficos como raza y etnia) son útiles. Al examinar a fondo las distintas unidades o grupos de personal o de pacientes, las organizaciones pueden identificar a las personas que pueden activar a otras, así como aquellas en las que hay que enfocarse primero para que participen en los esfuerzos de mejora. Una recopilación más frecuente y personalizada de los datos y el compartir los resultados de manera transparente con cada unidad de trabajo y sus líderes permite una mayor mejora en tiempo real y una mejor manera de realizar un seguimiento del impacto de los cambios con el tiempo. A la estratificación de datos y a la subagrupación racional deben determinarlas el equipo a cargo de las mejoras y los expertos en la materia, y los equipos solamente deben recopilar los datos que utilizarán.

Las personas que se dedican a la mejora de la calidad pueden aplicar las prácticas de los cinco dominios del Marco de la Psicología del Cambio de IHI en el proceso de determinar medidas y recopilar y analizar datos.

Las personas que se dedican a la mejora de la calidad pueden aplicar las prácticas de los cinco dominios del Marco de la Psicología del Cambio de IHI en el proceso de determinar medidas y recopilar y analizar datos. Por ejemplo, hacer que la medición sea impulsada por personas codiseñando medidas con las personas afectadas por los cambios y coproducir métricas importantes para ellas. Identificar y compartir prejuicios entre los miembros del equipo antes de establecer medidas y analizar datos. Distribuir poder, hacer que los datos sean transparentes. Reunir y hacer un seguimiento de los datos que se utilizarán para el aprendizaje. Alentar a las personas a medir conectando la medición con sus motivaciones intrínsecas para aprender y mejorar de manera individual y grupal. Hacer que la medición sea divertida incorporando el juego y la celebración, y hacer que avanzar fracasando sea transparente a medida que se producen adaptaciones de la estrategia de medición. Utilizar los datos con el correr del tiempo para contar la historia de mejora anotando los eventos clave, los cambios evaluados y otra información relevante que agregue contexto a los datos. Compartir historias cualitativas para conectar los datos con la experiencia vivida de las personas.

Por último, si bien los esfuerzos de mejora de calidad que se describen en este informe técnico son ejemplos exitosos de los métodos y las herramientas aplicadas del Marco de la Psicología del Cambio de IHI, hasta la fecha, ningún esfuerzo ha evaluado todo el marco como se presenta. Las evaluaciones intencionales son necesarias para entender la eficacia del marco y para brindar una base de evidencia para una mayor adopción y sostenibilidad. El IHI invita a las críticas constructivas sobre las experiencias de las organizaciones con el marco, las herramientas y medición para identificar los puntos positivos, aprender de los fracasos y mejorar juntos.

Conclusión

No es simple ni sencillo liderar el trabajo de mejora; sin embargo, a través de la Psicología, la lente de la teoría de Edwards Deming (frecuentemente olvidada) se puede hacer más fácil. Se pueden introducir algunas mejoras utilizando únicamente métodos técnicos, sin requerir cambio de comportamiento ni cultura. No obstante, para alcanzar un nivel más alto de rendimiento y fiabilidad, los equipos de mejora y las organizaciones de atención médica necesitarán crear las condiciones para que las personas promuevan y mantengan la mejora. El Marco de la Psicología del Cambio de IHI presenta un enfoque renovado sobre el lado humano del cambio, para aumentar la posibilidad de que los esfuerzos de mejora tengan éxito.

Sobre la base de la investigación, los métodos y los ejemplos existentes, y con un enfoque en los adoptadores tempranos y las categorías de mayoría temprana de Everett Rogers, el Marco de la Psicología del Cambio de IHI ofrece cinco dominios prácticos interrelacionados para ayudar a los líderes a cargo de las mejoras de calidad a activar a las personas que eligen con consciencia, y con propósito, mejorar los procesos de prestación de cuidados y los sistemas en donde brindan y reciben atención.

Es importante destacar que los cinco dominios del marco de IHI son impulsados por el compromiso, no por el cumplimiento. El coraje es el recurso emocional que permite que las personas activen su poder o su habilidad para cerrar la brecha entre “saber y hacer”. Mientras que una mentalidad de “tengo que hacerlo” no da lugar a la elección y genera sentimientos de impotencia, una mentalidad de “elijo hacerlo” da lugar al poder inherente en la elección.⁶⁸ Cultivar la agencia de las personas mejora la alegría, la satisfacción laboral y la salud. Desarrolla la capacidad que sirve como recurso constante para abordar otros desafíos de mejoras adaptativas.

El Marco de la Psicología del Cambio de IHI desafía un enfoque tradicional de mejora de calidad donde los expertos técnicos implementan nuevas ideas basadas en su experiencia y perspectiva. Este enfoque ha sido cómodo y familiar para los líderes de la atención médica y para los clínicos durante generaciones; casi todos los líderes fueron capacitados y recompensados por ser “líderes con autoridad” en su contexto determinado. Los autores del informe técnico reconocen la importante historia de este enfoque técnico en la atención médica y no subestiman la dificultad de cambiar la mentalidad y el comportamiento propio y el de los demás para mejorar la adopción una mejora de calidad, de manera sostenible, a gran escala.

Crear un entorno donde las mentalidades y los comportamientos puedan evolucionar para que se aplique todo el potencial de cada miembro del equipo a un trabajo determinado es una meta ambiciosa para cualquier líder. Hacer esto de manera eficaz requiere un reconocimiento del objetivo central de este trabajo: activar la agencia de las personas. Dentro de cada uno de nosotros, y entre todos nosotros, se encuentran los elementos necesarios para mejorar nuestros sistemas. Enfocarse en el valor de las personas, llegar al corazón del coraje y del poder, presenta una oportunidad para cambiar cómo se han hecho siempre las cosas. Es hora de que la comunidad de mejora de calidad vuelva a enfocar la atención en el activo más importante de toda organización: sus personas.

Referencias

- ¹ Bastian H, Glasziou P, Chalmers I. [Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: How will we ever keep up?](#) *PLoS Medicine*. 2010;7(9).
- ² Rogers E. *Diffusion of Innovations*. 5^o edición. Simon and Schuster; 2003.
- ³ Deming WE. *The New Economics for Industry, Government, Education*. 3^o edición. The MIT Press; 2018.
- ⁴ Heifetz R, Grashow A, Linsky M. Diagnose the adaptive challenge: Understanding the human dimensions of change. En: *The Practice of Adaptive Leadership: Tools and Tactics for Changing Your Organization and the World*. Harvard Business Press; 2009.
- ⁵ Heifetz R, Laurie D. [The work of leadership](#). *Harvard Business Review*. Diciembre de 2001.
- ⁶ Kanter RM. [Ten reasons people resist change](#). *Harvard Business Review*. Septiembre de 2012.
- ⁷ Ganz M. [How to organize to win](#). *The Nation*. 16 de marzo de 2018.
- ⁸ Ganz M. Public narrative, collective action, and power. En: Odugbemi S, Lee T (eds). *Accountability Through Public Opinion: From Inertia to Public Action*. The World Bank; 2011:273-289.
- ⁹ Francis S. *The Courage Way*. Berrett-Koehler Publishers; 2018.
- ¹⁰ Bandura A. Self-efficacy. En: Friedman H (ed). *Encyclopedia of Mental Health*. Academic Press; 1998.
- ¹¹ Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. WH Freeman; 1997.
- ¹² Bandura A. A social cognitive theory of personality. En: Pervin LA, John OP (eds). *Handbook of Personality: Theory and Research*. Guilford Publications; 1999:154-196.
- ¹³ McCannon J, Margiotta B, Zier Alyesh A. [Unleashing large-scale change](#). *Stanford Social Innovation Review*. 16 de junio de 2017.
- ¹⁴ Ryan R, Deci E. [Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions](#). *Contemporary Educational Psychology*. Enero de 2000;25(1):54-67.
- ¹⁵ Deming WE. *The New Economics for Industry, Government, Education*. 3^o edición. The MIT Press; 2018.
- ¹⁶ Hackman R, Oldham G. [Motivation through the design of work: Test of a theory](#). *Organizational Behavior and Human Performance*. 1976;16(2):250-279.
- ¹⁷ Barry MJ, Edgman-Levitan S. [Shared decision making – pinnacle of patient-centered care](#). *New England Journal of Medicine*. 1 de marzo de 2012;366(9):780-781.

- ¹⁸ Perlo J, Balik B, Swensen S, Kabcenell A, Landsman J, Feeley D. [IHI Framework for Improving Joy in Work](#). Informe técnico de IHI. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2017.
- ¹⁹ Ganz M. [What Is Public Narrative: Self, Us & Now \(Public Narrative Worksheet\)](#). Harvard University; 2009.
- ²⁰ Hilton K. “[How to Make Change Happen](#)”. Blog del Institute for Healthcare Improvement. 30 de abril de 2018.
- ²¹ Ganz M. [What Is Public Narrative: Self, Us & Now \(Public Narrative Worksheet\)](#). Harvard University; 2009.
- ²² Hackman R, Oldham G. [Motivation through the design of work: Test of a theory](#). *Organizational Behavior and Human Performance*. 1976;16(2):250-279.
- ²³ Brown S. *Play: How It Shapes the Brain, Opens the Imagination and Invigorates the Soul*. Penguin Group; 2009.
- ²⁴ Pelton LJ, Fulmer T, Hendrich A, Mate K. [Creating age-friendly health systems](#). *Healthcare Executive*. Noviembre de 2017;32(6):62-63.
- ²⁵ El [modelo para la mejora](#), desarrollado por Associates in Process Improvement, es una herramienta simple pero muy poderosa para acelerar las mejoras.
- ²⁶ “[A Patient Directs His Own Care](#)”. Institute for Healthcare Improvement; 2012.
- ²⁷ Shinkman R. [Is “empowered dialysis” the key to better outcomes?](#) *NEJM Catalyst*. 15 de marzo de 2018.
- ²⁸ Stephens L, Ryan-Collins, J, Boyle D. *Co-Production: A Manifesto for Growing the Core Economy*. New Economics Foundation; 2008.
- ²⁹ Batalden M, Batalden P, Margolis P, et al. [Coproduct of healthcare service](#). *BMJ Quality and Safety*. 2016;25(7):509-517.
- ³⁰ Hilton K, Wageman R. Leadership in volunteer multistakeholder groups tackling complex problems. En: Peus C, Braun S, Schyns B (eds). *Leadership Lessons from Compelling Contexts (Monographs in Leadership and Management)*. Emerald Group Publishing Limited; 2016.
- ³¹ McKay S. “[Organizing for Transformational Change](#)”. Carnegie Common Blog. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. 2 de mayo de 2016.
- ³² Han H. [An innovative community organizing campaign to improve mental health and wellbeing among Pacific Island youth in South Auckland, New Zealand](#). *Australasian Psychiatry*. Diciembre de 2015;23(6):670-674.
- ³³ Rose M, Rose K. [Use of a surgical debriefing checklist to achieve higher value health care](#). *American Journal of Medical Quality*. 2018;33(5):514-522.
- ³⁴ Ganz M. *Organizing: People, Power, Change*. Harvard University; 2014.

- ³⁵ Palmer P. Five Habits of the Heart that help make democracy possible. En: Palmer P. *Healing the Heart of Democracy: The Courage to Create a Politics Worthy of Human Spirit*. Jossey-Bass; 2011.
- ³⁶ Palmer P. *A Hidden Wholeness*. John Wiley and Sons; 2004.
- ³⁷ Cooperrider DL. [A time for action: Appreciative inquiry, peacebuilding, and the making of a Nobel nomination](#). *International Journal of Appreciative Inquiry*. Febrero de 2018.
- ³⁸ Southern Jamaica Plain Health Center. "[Liberation in the Exam Room: Racial Justice and Equity in Healthcare](#)". Institute for Healthcare Improvement; 2018.
- ³⁹ Wyatt R, Laderman, M, Botwinick L, Mate K, Whittington J. [Achieving Health Equity: A Guide for Health Care Organizations](#). Informe técnico de IHI. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2016.
- ⁴⁰ Ganz M. *Leadership, Organizing and Action: Leading Change*. Harvard Kennedy School; 2015.
- ⁴¹ Heimans J, Timms H. *New Power: How Power Works in Our Hyperconnected World — and How to Make It Work for You*. Doubleday; 2018.
- ⁴² Hilton K. "Leadership and Organizing for Change". Programa virtual del Institute for Healthcare Improvement.
- ⁴³ Boyd A, Burnes B, Clark E, Nelson A. [Mobilising and Organizing for Large-Scale Change in Healthcare](#). NHS Improving Quality; junio de 2013.
- ⁴⁴ Nayar V. [A shared purpose drives collaboration](#). *Harvard Business Review*. 2 de abril de 2014.
- ⁴⁵ Montoya RM, Pinter B. [A model for understanding positive intergroup relations using the in-group-favoring norm](#). *Journal of Societal Issues*. 2016;72(3):584-600.
- ⁴⁶ Battilana J, Casciaro T. [The network secrets of great change agents](#). *Harvard Business Review*. Julio-agosto de 2013.
- ⁴⁷ Kotter JP. [Accelerate!](#) *Harvard Business Review*. Noviembre de 2012.
- ⁴⁸ Palmer P. "[Touchstones for Creating Safe Spaces](#)". Center for Courage and Renewal.
- ⁴⁹ Nembhard I, Edmondson AC. [Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams](#). *Journal of Organizational Behavior*. 2006;27(7):941-966.
- ⁵⁰ Wageman R, Nunes D, Burruss J, Hackman JR. *Senior Leadership Teams: What It Takes to Make Them Great*. Harvard Business School Publishing Corporation; 2008.
- ⁵¹ Sutton R, Rao H. *Scaling Up Excellence: Getting to More Without Settling for Less*. Crown Business; 2014.
- ⁵² McCannon J, Margiotta B. [Inside the command center](#). *Stanford Social Innovation Review*. 21 de enero de 2015.

- ⁵³ Berwick DM, Calkins DR, McCannon CJ, Hackbarth AD. [The 100,000 Lives Campaign: Setting a goal and a deadline for improving health care quality](#). *Journal of the American Medical Association*. 2006;295(3):324-327.
- ⁵⁴ Endo J. “[Mentoring in the 100,000 Lives Campaign: Just a Hospital Away](#)”. Institute for Healthcare Improvement; 2006.
- ⁵⁵ Kegan R, Lahey LL. *Immunity to Change: How to Overcome It and Unlock the Potential in Yourself and Your Organization*. Harvard Business Publishing; 2009.
- ⁵⁶ Kegan R, Lahey LK. *An Everyone Culture: Becoming a Deliberately Developmental Organization*. Harvard Business Publishing; 2016.
- ⁵⁷ Edmondson A. [Strategies for learning from failure](#). *Harvard Business Review*. Abril de 2011.
- ⁵⁸ Ganz M. *Handbook of Leadership Theory and Practice*. Harvard Business School Centennial Colloquium; 2010.
- ⁵⁹ Fletcher A. [The Ladder of Engagement](#). CommonAction.
- ⁶⁰ Hannah S, Avolio B. [Moral potency: Building the capacity for character-based leadership](#). *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. 2010;62(4):291-310.
- ⁶¹ Argyris C. [Double loop learning in organizations](#). *Harvard Business Review*. Septiembre de 1977.
- ⁶² Argyris C. [Teaching smart people how to learn](#). *Harvard Business Review*. Mayo-junio de 1991.
- ⁶³ Argyris C. [Good communication that blocks learning](#). *Harvard Business Review*. Julio-agosto de 1994.
- ⁶⁴ Dweck C. *Mindset: The New Psychology of Success: How We Can Learn to Fulfill Our Potential*. Ballantine Books; 2006.
- ⁶⁵ Duckworth A. *Grit: The Power of Passion and Perseverance*. Scribner; 2016.
- ⁶⁶ Kania J, Kramer J. [Embracing emergence: How collective impact addresses complexity](#). *Stanford Social Innovation Review*. 21 de enero de 2013.
- ⁶⁷ Sullivan G, Hamilton M. *A Leader's Guide to After-Action Reviews*. Headquarters Department of the Army; 1993.
- ⁶⁸ McKeown G. *Essentialism: The Disciplined Pursuit of Less*. Crown Business; 2014.