

Implementar la ética en la atención de salud:

Consideraciones previas a partir de un estudio de caso

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Comunitaria.

Candidata:

Camila Aburto Díaz
Universidad de la Frontera

Directoras:

Dra. Alba Zambrano, Universidad de la Frontera.
Ph. D. Line LeBlanc, Université du Québec en Outaouais.

Índice

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción	6
Marco de referencia	8
Ciencia de la implementación.....	9
1. Variables del contexto.....	11
2. Atributos de la innovación.....	13
Implementación de la ética	13
Método	17
Participantes.....	17
Diseño	17
Técnicas de producción de datos	17
Procedimiento	18
Resguardos éticos.....	19
Análisis de datos	20
Resultados	21
Resultados cuantitativos.....	21
1. Atributos percibidos de la innovación.	22
2. Contexto Organizacional	25
Resultados cualitativos.....	31
1. Atributos percibidos del marco de referencia en ética.....	31
2. Condiciones del Contexto Organizacional.....	35

	3
3. Consideraciones para el proceso de difusión.....	37
Discusión.....	40
Limitaciones de la investigación:.....	46
Implicaciones y líneas futuras.....	47
Referencias.....	49
Anexos	60
Anexo 1. Consentimiento informado.....	60
Anexo 2. Cuestionario Original	64
Anexo 3. Cuestionario traducido al español	73
Anexo 4. Pauta de entrevista grupal	80
Anexo 5. Libro de códigos.....	81

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la etapa de pre-implementación del proceso de implementación de un marco de referencia en ética en un centro de salud y servicios sociales en la región de Outaouais, provincia de Québec. Para la evaluación se utiliza como marco de referencia la ciencia de la implementación, la cual otorga sustento teórico y metodológico para la evaluación de las variables asociadas: atributos percibidos de la innovación, condiciones del contexto organizacional y sugerencias para el proceso de difusión. Los resultados señalan que para potenciar la futura implementación del marco de referencia en ética, este debe explicitar los valores que lo fundamentan, ser concreto y aplicable a la práctica, estar centrado en los usuarios. Su implementación debe ser liderada por un facilitador de la ética y apoyada por los coordinadores de equipo para ser incluida dentro de la dinámica organizacional, ser difundido por una persona experta en el tema, enfocarse en la formación de una competencia ética y generar soporte a través del desarrollo de una cultura organizacional ética. Este reporte se constituye en un ejemplo de evaluación que enfatiza importancia de su carácter situado y multidimensional con el objetivo de aportar a las siguientes etapas del proceso de implementación.

Palabras claves: ética en salud, ciencia de la implementación, pre-implementación, marco de referencia en ética.

Abstract

This research's aim is the pre-implementation stage assessment of the implementation process from an ethical reference framework in a healthcare and social services center in Outaouais, Quebec province. This research uses Implementation Science approach, which provides theoretical and methodological support for associated variables assessment: innovations perceived attributes, organizational context conditions and suggestions for diffusion process. The results of the study show that for the future implementation of the ethical reference framework, it is necessary to define ethical values, be concrete, applicability of practical work and focus on people. Also, the implementation should be leader by an ethical facilitator and supported by managers teams, thus to be included in organizational dynamic, diffused by ethical experts, focused in an ethical competence training and generating support through the ethical organizational culture development. The current report is an assessment example, which emphasize the use of multidimensional and contextually relevant information, to support the next stages of implementation process.

Key words: Health ethics; Implementation Science, pre-implementation stage; ethical reference framework

Introducción

Ha sido ampliamente documentada la presencia de brechas entre el conocimiento disponible y las prácticas realizadas en las intervenciones en salud. Esto trae consecuencias directas a los usuarios de estos servicios quienes muchas veces no reciben atenciones que se saben que son eficaces, o bien, reciben atenciones que no están indicadas y que incluso podrían tener efectos iatrogénicos (Grimshaw, Eccles, Lavis, Hill, & Squires, 2012). Estas brechas estarían mediadas de modo importante por la efectividad de los procesos de implementación, siendo relevante poner atención en estos para poder superarla (Durlak & DuPre, 2008; Proctor et al., 2009).

La ciencia de la implementación, se ocupa de estudiar los procesos de implementación de prácticas basadas en la evidencia (PBE) tanto en el área de salud como en otras áreas relacionadas (Nilsen, 2015). La investigación en este campo busca promover la adopción sistemática de conocimientos científicos nuevos en las prácticas de los interventores y las organizaciones, y por lo tanto mejorar la calidad y la efectividad de los servicios (Eccles & Mittman, 2006; Rubenstein & Pugh, 2006).

A efectos de esta investigación se empleará el concepto de innovación, en lugar de práctica basada en la evidencia (PBE), queriendo destacar que se concibe como una idea, práctica u objeto concebido como nuevo por una unidad de adopción, en este caso, esta unidad está constituida por los equipos que la utilizarán.

En el área de salud, la dimensión ética es considerada como una importante contribución a la calidad de los servicios (Fox, Crigger, Bottrell, & Bauck, 2010; Lynn et al., 2007). Esta se torna particularmente importante en la intervención con personas en

situación de discapacidad, quienes tienden a verse más vulnerables en el respeto a su autonomía. Es por esto, adquiere valor que los prestadores de servicios adopten medidas especiales en los procesos de intervención (Rueda & Miranda, 2002; Wilson, Clegg, & Hardy, 2008)

En la presente investigación se realizará un estudio de caso, abordando la etapa inicial del proceso implementación de un marco de referencia en ética para la intervención en un centro de salud y servicios sociales de la provincia de Quebec, Canadá. Esta etapa inicial será denominada como fase de pre-implementación y se propone su evaluación como una forma de aportar de manera rigurosa a la planificación y ejecución de su difusión y a las próximas etapas dentro del proceso de implementación.

Acorde a la ciencia de la implementación, la evaluación contemplará la medición de variables asociadas a esta etapa, utilizando elementos proporcionados por la teoría de la difusión de la innovación (Rogers, 2003), una de las teorías clásicas dentro de esta ciencia (Nilsen, 2015). Este análisis se complementará con otros elementos propuestos recientemente por la ciencia de la implementación, tales como los constructos de liderazgo y clima para la implementación, los cuales cuentan con instrumentos recientemente validados.

Asimismo, se utilizará un método mixto de investigación (Palinkas et al., 2011), produciendo datos cuantitativos y cualitativos, los que serán recogidos a través de un cuestionario y entrevistas grupales respectivamente.

Marco de referencia

Hay coincidencia entre diferentes autores en destacar que el conocimiento disponible y las prácticas emanadas por los programas psicosociales o de salud no siempre sintonizan. Así lo confirman variados estudios, que sostienen la presencia de brechas en el área de la intervención psicosocial y relevan la importancia de avanzar en una comprensión y abordaje especializado para favorecer los resultados de las intervenciones realizadas y por tanto el bienestar de la población atendida (Durlak & DuPre, 2008; Goodman, 2000; Wandersman, Chien, & Katz, 2012).

Ya en el 2000, Goodman publica un artículo donde enfatiza la necesidad de abordar esta brecha utilizando los principios de la ecología social, una de las corrientes clásicas de la psicología comunitaria (Alfaro, 2000). Según este autor, esta teoría se constituye en una base coherente para replantear y perfeccionar los procesos de implementación de intervenciones, principalmente por dos razones, la primera que es este enfoque podría aportar al contenido de una nueva intervención, a través de un componente centrado en la comunidad. Mientras que la segunda, es que durante el proceso de implementación y su respectiva evaluación se consideren estrategias complejas. Cabe mencionar que posterior a esta publicación han surgido variados artículos al respecto, y en específico en la *American Journal of Community Psychology*, se han constituido dos números especializados durante el 2008 y 2012 (Flaspohler, Lesesne, Puddy, Smith, & Wandersman, 2012).

En el ámbito psicosocial, son particularmente aportadores los estudios de evaluación de programas orientados a informar para la toma de decisiones de cómo avanzar para que un programa mejore y sea más eficiente (Nelson & Prilleltensky, 2010).

Ciencia de la implementación.

La ciencia de la implementación, tiene un carácter emergente y su objetivo es abordar la brecha entre el conocimiento disponible y las prácticas realizadas en los centros de salud y servicios sociales (Proctor et al., 2009). Avanzándose en la acumulación de evidencia empírica y en la construcción de distintos marcos teóricos y modelos orientados a la facilitación de la comprensión y explicación de cómo la implementación resulta exitosa o falla (Cane, O'Connor, & Michie, 2012; Damschroder et al., 2009; Durlak & DuPre, 2008; Ross, Stevenson, Lau, & Murray, 2016).

Entre los modelos que se plantean, se encuentran los que se focalizan en el *proceso* de la implementación (Nilsen, 2015; Rabin, Brownson, Haire-Joshu, Kreuter, & Weaver, 2008), los cuales enfatizan su carácter complejo, dinámico y recursivo, distinguiéndose tres grandes fases: la pre-implementación, implementación y post-implementación (Chamberlain et al., 2008; Moullin, Sabater-Hernández, Fernandez-Llimos, & Benrimoj, 2015). Estas serán explicadas a continuación.

La *pre-implementación*, también llamada *fase de Exploración- Decisión de la adopción/preparación* (Aarons, Hurlburt, & Horwitz, 2011), es la etapa inicial del proceso, en la cual se promueve la implementación de una innovación. En esta se contempla su creación, modificación, así como la decisión de su adopción y su planificación (Meyers, Durlak, & Wandersman, 2012).

La siguiente etapa, llamada *implementación* o *implementación activa* (Aarons et al., 2011; Meyers et al., 2012), es aquella fase específica en la cual las organizaciones e individuos participan activamente en la integración y utilización de una innovación (Rogers, 2003). Y por último, la *post-implementación* también llamada *sostenibilidad* (Aarons et al., 2011), fase en la que mantiene o no el uso continuo de una innovación en la práctica.

Cabe destacar que las investigaciones en esta área han puesto mayor énfasis en la etapa de implementación por sobre las etapas de pre y post-implementación (Aarons et al., 2011).

Cada una de estas fases cuentan con un conjunto de variables asociadas que pueden ser operacionalizadas y medidas (Damschroder et al., 2009; Durlak & DuPre, 2008; Wisdom, Chor, Hoagwood, & Horwitz, 2013). Desde una perspectiva preventiva, esta investigación se interesa en poder estudiar la etapa de pre-implementación de un marco ético para la intervención en un centro de salud y servicios sociales, evaluando las condiciones previas para su implementación, siendo importante la evaluación de esta etapa para potenciar el éxito del resto del proceso. Para ello, la evaluación debe ser sistemática en el abordaje de las variables involucradas y debe orientarse a la retroalimentación (Gamble, 2008; Proctor et al., 2011).

Respecto de las variables involucradas en esta etapa, es preciso revisar elementos aportados por una de las teorías clásicas utilizadas en la ciencia de la implementación (Nilsen, 2015), la teoría de la *difusión de la innovación*, la cual explica cómo una innovación es comunicada por medio de ciertos canales de comunicación, a través del

tiempo, entre los miembros de un sistema social específico; además esta teoría sugiere variables asociadas a la tasa de adopción de una innovación (Rogers, 2003). Asimismo se consideran otros constructos actualmente propuestos por la ciencia de la implementación. De manera general estas variables se presentan en dos grupos: el primero es el de las variables asociadas al contexto y el segundo es el de las características o atributos percibidos de la innovación.

1. Variables del contexto.

Una de las premisas de la ciencia de la implementación, es la comprensión de que los procesos de implementación de una innovación tienen un carácter complejo, y el resultado de estos depende de interacciones y negociaciones entre sus participantes y contextos (Durlak & DuPre, 2008; May, Johnson, & Finch, 2016; Rogers, 2003). El contexto se define como un conjunto de características y circunstancias que rodean el esfuerzo de implementación (Pfeffer et al., 2015), siendo la evaluación de este esencial para potenciar el éxito de los procesos de difusión y de implementación (Aarons, Ehrhart, & Farahnak, 2014; Rabin et al., 2008; Scaccia et al., 2015; Weiner, 2009). En esta investigación se abordará específicamente el contexto interno, considerando para su evaluación las características intra-organizacionales (Aarons et al., 2011).

Las características intra-organizacionales, se refieren a cualidades compartidas por los miembros de un sistema organizacional, siendo una definición colectiva y no individual (Scaccia et al., 2015; Weiner, 2009). Entre estas se encuentran el liderazgo y el clima para la implementación, las cuales estarían estrechamente vinculadas (Aarons & Sommerfeld, 2012; Guerrero, Fenwick, & Kong, 2017).

En lo que a liderazgo se refiere, las teorías organizacionales que lo abordan (Battilana, Gilmartin, Sengul, Pache, & Alexander, 2010; Chiavenato, 2007; Kotter, 1995) y en particular las teorías sobre implementación, ponen énfasis en esta dimensión como un elemento clave de los procesos organizacionales en torno a la implementación de nuevas prácticas (Aarons et al., 2011; Aarons & Sommerfeld, 2012; Gifford et al., 2018; Guerrero et al., 2017; Weiner, 2009). A partir de estas teorías y de la evidencia empírica en el tema, Aarons, et al. (2014) plantean que existen comportamientos por parte de los líderes que estimulan la implementación de innovaciones, entre los que se encuentran el conocimiento del líder sobre la innovación, así como la proactividad, perseverancia y capacidad de generar apoyo durante el proceso.

En relación al clima para la implementación, este es definido como las percepciones compartidas por los empleados, respecto de la importancia de la implementación de una innovación específica dentro de su organización. Este concepto se centra en las características de un contexto que potenciarían la puesta en práctica de una innovación, entre las cuales se encuentran: la importancia atribuida a implementar nuevas prácticas, el soporte educacional generado por la organización, el reconocimiento y recompensas a quienes utilizan nuevas prácticas, una selección del personal acorde al propósito de implementar innovaciones, así como la apertura organizacional (Ehrhart, Aarons, & Farahnak, 2014).

2. Atributos de la innovación.

Existen atributos o características a través de las cuales la innovación puede ser observada. La percepción sobre esos atributos está asociada a la motivación de los potenciales adoptadores (Scaccia et al., 2015) y por ende a su tasa de adopción (Rogers, 2003). Así, los atributos de la innovación vinculados a la etapa de pre-implementación son: *Complejidad*, que refiere el grado en el cual una innovación es percibida como relativamente difícil en su uso o comprensión; *ventaja relativa*, grado en el cual la innovación es percibida como mejor que las prácticas actuales; y *compatibilidad*, grado en el cual la innovación es percibida como consistente con el rol y las tareas, los valores y creencias, experiencias pasadas y necesidades (Proctor et al., 2011).

Implementación de la ética

La ética clínica es una práctica disciplinaria que se interesa en los desafíos y valores que tienen impacto en los servicios brindados a los usuarios en la atención en salud (American Society for Bioethics and Humanities, 2006). Su integración al desarrollo de los establecimientos de salud y servicios sociales es reconocida como una contribución a la mejora de la calidad de los servicios (Fox, Crigger, et al., 2010; Lynn et al., 2007). Pudiendo aplicarse también a los servicios de carácter psicosocial.

La reflexión y la práctica de la ética son importantes en tanto mejoran las decisiones y acciones hacia las personas a quienes se destinan estos servicios (Reiter-Theil, Mertz, Schürmann, Stingelin Giles, & Meyer-Zehnder, 2011), y aportan sustento a los profesionales que se desempeñan en las organizaciones de salud, ya que existiría una mayor satisfacción por desempeñarse de manera ética y además, se reduciría el riesgo al

desgaste laboral o burnout (Gabel, 2011). Para guiar este actuar, es importante el uso de enfoques sistemáticos y científicos de toma de decisiones éticas, lo cual aumentará la probabilidad de toma de decisiones de calidad que beneficien a todos los involucrados (Laukkanen, Suhonen, & Leino-kilpi, 2015).

Es por esto que agencias de evaluación de la calidad en salud, como “Agrément Canada”, proponen la creación e implementación de marcos de apoyo para la toma de decisiones y prácticas éticas en las instituciones de salud (Butcher, 2014) siendo clave la pertinencia de estos al contexto en el cual se desarrollarían (Çınar & Eren, 2013). En virtud de esta premisa, un centro de salud y servicios sociales de la provincia de Quebec en Canadá se propone la construcción y posterior implementación de un marco de referencia en ética. Este marco de referencia, sistematizado en un documento, podría constituirse en un apoyo para que los interventores y coordinadores de los equipos puedan integrar sistemáticamente la ética en las prácticas cotidianas. Se espera que este documento promueva una visión compartida sobre la ética, así como en el uso de herramientas que permitan aplicarla, a fin de facilitar el dialogo entre los miembros de los equipos para prevención y el enfrentamiento a situaciones que presenten desafíos éticos en el campo de la intervención.

Si bien la evidencia empírica respecto al tema, no aborda la implementación de marcos de referencia en ética, si lo hace con herramientas específicas tales como la técnica de deliberación moral, a través del cual se analizan problemas éticos de manera sistemática y contextualizada, buscando soluciones concretas entre las alternativas prudentes. Esta implica una construcción colectiva y permite disminuir la incertidumbre

entre los profesionales que toman la decisión (Gracia, 2003). Así entonces, en los estudios sobre su implementación se pueden identificar los beneficios percibidos así como las variables vinculadas a su efectividad (Rigon, Nora, Lourdes, Pavone, & Vieira, 2015).

En relación a los beneficios percibidos, la utilización de este tipo de técnicas de carácter ético tiene una apreciación positiva por parte de los miembros de las organizaciones de salud, ya que aportan en la identificación de dilemas, las normas y valores que están en juego a la hora de decidir y permite a los trabajadores percibir otras perspectivas. Esto favorece la percepción de apoyo en la identificación de sus propios valores y de los demás (Spijkerboer, van der Stel, Widdershoven, & Molewijk, 2017). Se evidencia además mayor apertura, mayor entendimiento mutuo, mayor respeto por las diferentes perspectivas y mayor cohesión dentro de los equipos. Por lo tanto, este tipo de herramienta tiene el potencial de contribuir a la práctica del cuidado a medida que las relaciones entre los miembros del equipo mejoran (Janssens, Van Zadelhoff, Van Loo, Widdershoven, & Molewijk, 2015).

Asimismo, se ha demostrado que el propósito de implementar una herramienta ética en el desarrollo de las prácticas de una organización de salud está mediado por factores tales como la heterogeneidad entre los miembros en cuanto a la motivación, experiencia y formación en ética (Weidema, Molewijk, Widdershoven, & Abma, 2012). Además pueden producirse resistencias a su adopción debido a la percepción acerca de la complejidad de su uso, el desconocimiento sobre las ventajas de utilizarlo, la preocupación por la su poca pertinencia a las características de los trabajadores, ya sea

por el estilo de aprendizaje, las rutinas de trabajo, la carga laboral o por la limitada comunicación entre los miembros de la organización (van der Dam et al., 2013).

Implementar modelos de prácticas y reflexiones éticas también requiere de esfuerzos a nivel organizacional, para ello es importante el fomento de un clima ético, que gestione y de prioridad a las cuestiones éticas, sensibilice y apoye a los empleados en su utilización, generando tiempos y espacios y asesorando la deliberación ética en la práctica cotidiana (Dauwerse, Abma, Molewijk, & Widdershoven, 2013; van der Dam, Abma, Kardol, & Widdershoven, 2012; Weidema et al., 2012).

En coherencia con los postulados de la ciencia de la implementación, se puede interpretar que los estudios sobre la implementación de la ética evidencian que la presencia de variables asociadas, tanto a los atributos percibidos de la técnica y las características del contexto organizacional, influyen en el proceso de implementación.

Por tanto, considerando la importancia de la evaluación de los procesos de implementación mediante la medición de sus variables asociadas, y a partir del caso señalado, este estudio se propone como objetivo general: Evaluar la etapa de pre-implementación de un marco de referencia en ética para la intervención en un centro de salud y servicios sociales. Y como objetivos específicos: (1) Evaluar las variables asociadas al contexto organizacional, (2) evaluar los atributos que debiese presentar la innovación, e (3) indagar sugerencias para el proceso de difusión.

Método

Participantes

La muestra (n=111) está conformada por profesionales (n=101) y coordinadores (n=10) de equipos de la dirección de programas que trabajan en la intervención con personas que padecen discapacidad intelectual, discapacidad física y trastornos del espectro autista (en adelante DI-DP y TEA) del Centro de Salud y Servicios Sociales de la región de Outaouais (CISSSO), provincia de Quebec, Canadá.

Diseño

Se utilizó un diseño de caso único y de carácter mixto, (Palinkas et al.,2011) con datos cuantitativos y cualitativos, acorde a lo que plantea la ciencia de la implementación. Respecto a la estructura del proceso, esta fue de tipo secuencial, comenzando por la toma de datos cuantitativos y su posterior análisis, lo que permitió generar hipótesis para la recolección de datos cualitativos. A través de este diseño se buscó alcanzar la complementariedad de los datos, con el fin de abordar en profundidad los objetivos del estudio.

Técnicas de producción de datos

Para los datos cuantitativos se utilizaron los siguientes instrumentos¹:

Una adaptación del cuestionario de Guilbert, Robitaille, Guilbert, & Morin (2013) el cual, basado en la teoría de Rogers (2003), indaga la percepción de la ventaja relativa,

¹ Ver anexo 2.

la compatibilidad y la complejidad de la innovación, así como las características de los potenciales adoptadores.

Escala de Clima para la Implementación (SCI) de Ehrhart, Aarons & Farahnak (2014): Consta de 18 ítems que miden 6 sub-escalas: el foco en la innovación, el soporte educacional para la innovación, el reconocimiento y recompensas por innovar, la selección de personal que tienda a innovar y la apertura del contexto organizacional ($\alpha=0.81$ a 0.91).

Escala de liderazgo para la implementación (ELI) de Aarons, Ehrhart & Farahnak (2014): Consta de 12 ítems que miden 4 sub-escalas: proactividad, conocimiento, apoyo y perseverancia de liderazgo con respecto a la innovación ($\alpha= 0.95$ a 0.98).

Para los datos cualitativos se realizaron 2 entrevistas grupales guiadas a partir de una pauta² basada en la teoría de la difusión de la innovación (Branch et. al, 2008). Esta técnica fue elegida para enriquecer y esclarecer los datos obtenidos a partir de las otras técnicas mencionadas (Baribeau & Germain, 2010).

Procedimiento

A través de la encargada de la investigación que aquí se da cuenta, se realizó el contacto con la dirección de los programas participantes. A partir de esto, se realizaron gestiones con los coordinadores de equipos de estos programas, a fin de informarlos sobre el proceso, consensuar su utilidad, así como para la coordinación de la toma de datos.

² Ver anexo 4.

Se solicitó la aprobación de los comités de ética involucrados en el estudio, de investigación y de ética clínica, del CISSSO. Posteriormente se solicitó la aprobación al comité de ética de la Universidad de Quebec en Outaouais.

Se aplicaron los cuestionarios a los coordinadores de forma presencial, mientras que a los profesionales interventores se les extendió una encuesta en línea, ambos con carácter voluntario. A quienes participaron de estas encuestas, se les invitó a participar de una entrevista grupal diferenciada por tipo de cargo (coordinador o profesional interventor), a través de un correo electrónico. Las cuales se realizaron en dependencias de la dirección de programas en cuestión.

Resguardos éticos

Los resguardos éticos están diferenciados según cada etapa del estudio, acorde a los planteamientos de la investigación en implementación, estos son expuestos en la Tabla 1.

Tabla 1. Resguardo éticos por etapa del proceso. Adaptado de (Gopichandran et al., 2016).

Etapa de la investigación	Consideraciones
Planificación	Vinculación del objetivo de la investigación a las necesidades y prioridades del contexto
	El marco de referencia ético representa una práctica que se propone prevenir los prejuicios a los usuarios. La evaluación de su pre-implementación potencia sus posibilidades de éxito.
	Utilización de un diseño mixto
	Se incluyeron a diferentes tipos de actores: comité ético, coordinadores e interventores
	Respecto al balance entre los riesgos y beneficios, el único riesgo que se prevé es la confrontación de ideas en el grupo de discusión.

Ejecución	<p>Respeto por la autonomía de los potenciales participantes a través de su participación voluntaria.</p> <p>Se garantizó la confidencialidad de las respuestas a quienes respondan los instrumentos. A quienes participen en el grupo de discusión no se les puede asegurar la confidencialidad de sus respuestas, sin embargo se realizó un compromiso de confidencialidad por parte de los participantes.</p> <p>Firma del consentimiento informado³ por parte de los participantes, en los cuales se explicitan la voluntariedad y confidencialidad durante el proceso.</p>
Post-ejecución	<p>Este estudio forma parte de un proceso continuo de evaluación para potenciar los resultados de la implementación de futuro marco referencial en ética. Los resultados permitirán verificar en qué medida el marco de referencia podría ser necesario y para planificar la evaluación de la implementación propiamente tal.</p>

Análisis de datos

Los datos cuantitativos fueron sometidos a un análisis descriptivo en el cual se obtuvo medias y frecuencias de cada uno de los ítems, y se realizó una recodificación para obtener el porcentaje “de acuerdo”, constituyéndose esa variable de las puntuaciones 4 y 5 de la escala de Likert.

Respecto a los datos cualitativos, se llevó a cabo un análisis de contenido tal como lo plantean Miles, Huberman y Saldaña (2014), a partir de un libro de códigos previamente elaborado⁴. Este tipo de análisis permitió identificar las nociones explícitas e implícitas de un texto a través de su vinculación a un marco de referencia determinado, en esta investigación, se utilizó la teoría de la difusión de la innovación (Rogers, 2003).

³ Ver anexo 1.

⁴ Ver Anexo 5.

La secuencia de las etapas corresponde al proceso dinámico de análisis cualitativo descrito por (Yin, 2011): Compilación (preparación de los datos), desmontaje (primer ciclo de codificación), reensamblaje (segundo ciclo de codificación), interpretación y conclusión. Ambos tipos de análisis, cuantitativo y cualitativo, se efectuaron en función de las variables asociadas al marco de referencia, lo cual refuerza la validez externa del estudio.

Para asegurar la validez interna del estudio, se realizó una triangulación por investigador, siendo las transcripciones codificadas por la investigadora principal y la co-investigadora, para luego comparar línea por línea. Cuando las dos investigadoras no coincidieron en la codificación, los códigos en discordia se discutieron para aclarar la naturaleza del desacuerdo, revisar la definición de los códigos y así mejorar la comprensión común del mismo.

Resultados

Resultados cuantitativos

Se exponen a continuación los resultados cuantitativos de la evaluación realizada, comenzando con los atributos percibidos de la innovación, los cuales contemplan las variables de: ventajas relativas, compatibilidad y complejidad. Luego de se expondrán las características del contexto organizacional, en base a las variables clima estratégico para la implementación y liderazgo para la implementación y sus respectivas sub-variables

1. Atributos percibidos de la innovación.

a. Ventajas relativas.

En cuanto a las ventajas percibidas de la futura implementación de un marco de referencia en ética respecto de las prácticas actuales, coordinadores y profesionales señalan estar altamente de acuerdo con que este ayudaría a evitar la improvisación para favorecer la discusión y la reflexión (90% y 79,2%), alcanzar los valores de la organización (90% y 77,2%), poseer herramientas para tomar decisiones oportunas ante dilemas o conflictos valóricos que puedan producirse (80% y 89,1%), así como facilitar la toma de decisiones ante situaciones complejas y delicadas (80% y 85,1%). Coordinadores señalaron un nivel medio de acuerdo (60%) con la idea de que este favorecería el cuestionamiento a las reglas establecidas que no aportan a respuestas satisfactorias, mientras que los profesionales señalan un nivel alto de acuerdo (83,2%).

b. Compatibilidad.

Coordinadores y profesionales señalaron un alto nivel de acuerdo con que el marco de referencia en ética se corresponde con los valores de la organización (90% y 75,2%) y con que es pertinente a las prácticas que actualmente se están llevando a cabo (80% y 81,2%). Coordinadores señalaron un nivel medio de acuerdo con la idea de que implementarlo responde a la necesidad de conocimientos y de herramientas en ética (70%), mientras que los profesionales señalan estar altamente de acuerdo (80,2%). Coordinadores señalan estar altamente de acuerdo (80%) con que responde a una necesidad de la organización, mientras que los profesionales señalan estar medianamente de acuerdo con dicha idea (65,3%).

c. Complejidad percibida.

En general, la dificultad percibida para implementar el marco de referencia en ética es bastante baja, ya que coordinadores y profesionales mostraron un bajo nivel de acuerdo (20 % y 19,8% respectivamente).

Con respecto a los aspectos que podrían dificultar el proceso de implementación, los profesionales señalaron estar muy de acuerdo (76,2%) con que los conocimientos en ética varían de una persona a otras, mientras que los coordinadores se mostraron medianamente de acuerdo con esta afirmación (60%).

Los coordinadores y profesionales señalaron estar medianamente de acuerdo en que será difícil dedicar tiempo para su apropiación (50% y 55,4% respectivamente), y con que demandará competencias éticas (39 % y 48,5% respectivamente).

Además, coordinadores (10%) y profesionales (19,8%) mostraron un nivel muy bajo de acuerdo con la idea de que será complicado ponerlo en práctica

Respecto a las razones por las cuales una innovación de estas características podría ser fácil de implementar, los participantes señalaron estar de acuerdo con las siguientes:

Si esta aportara herramientas concretas y propusiera un contenido fácil de comprender, con 90% de acuerdo por parte de los coordinadores y un 90,1% por parte de los profesionales. Que esta propusiera un contenido aplicable a la diversidad de situaciones con un 90% y 87,1% respectivamente. Que esta propusiera un soporte ético a nivel organizacional con un 90% y 84,2%. Que presentara los contenidos de una manera lógica y coherente con 80% y 82,2%, y finalmente, si pudiera servir a los interventores novatos (80% y 82,2%).

Los resultados cuantitativos de los atributos percibidos del futuro marco de referencia en ética son señalados en la tabla 2.

Tabla 2. Atributos percibidos de la innovación

ATRIBUTOS PERCIBIDOS DE LA INNOVACIÓN							
Constructo	Sub-constructo	Coordinadores		Profesionales		Acuerdo (%)	
		M	DE	M	DE	Coord	Prof
Ventaja relativa	a. alcanzar los valores de la organización	4,40	1,265	4,19	,726	90	77,2
	b. evitar la improvisación para favorecer la discusión y la reflexión	4,40	1,265	4,31	,650	90	79,2
	c. facilitar la toma de decisiones ante situaciones complejas y delicadas	4,40	1,350	4,49	,670	80	85,1
	d. cuestionar las reglas establecidas que no aportan respuestas satisfactorias	3,78	1,302	4,40	,630	60	83,2
	e. poseer herramientas para tomar decisiones oportunas ante dilemas o conflictos valóricos que puedan producirse	4,20	1,317	4,68	,535	80	89,1
Compatibilidad	a. Se corresponde con los valores de la organización	4,20	4,19	1,229	,759	90	75,2
	b. responde a una necesidad de la dirección de programas DI-DF-TEA	4,10	3,99	1,287	,711	80	65,3
	c. responde a la necesidad de conocimientos y de herramientas en ética	4,00	4,34	1,333	,656	70	80,2
	d. es pertinente a las prácticas que actualmente se llevan a cabo	4,10	4,37	1,287	,678	80	81,2
Complejidad	a. Globalmente, un marco de referencia en ética clínica será difícil de implementar	2,70	,949	2	,900	20	19,8
	Un marco de referencia en ética podría ser DIFÍCIL de utilizar porque...						
	a. será complicado ponerlo en práctica	2,50	,850	2,83	,857	10	19,8
	b. demandará competencias éticas	3,00	,816	3,40	,946	30	48,5
	c. los conocimientos en ética varían de una persona a otra	3,70	,949	4,11	,831	60	76,2
	d. será difícil dedicar el tiempo necesario para su apropiación	3,40	1,174	3,64	1,100	50	55,4

	En contrapartida, un marco de referencia en ética podría ser FÁCIL de utilizar si...						
a. aportara herramientas concretas	4,30	1,252	4,54	,563	90	90,1	
b. propusiera un soporte ético a nivel organizacional	4,30	1,252	4,45	,619	90	84,2	
c. propusiera un contenido aplicable a la diversidad de situaciones	4,30	1,252	4,40	,647	90	87,1	
d. propusiera un contenido fácil de comprender	4,30	1,252	4,62	,510	90	90,1	
e. pudiese servir a los interventores novatos	4,20	1,317	4,41	,666	80	82,2	
f. presentara los contenidos de una manera lógica y coherente	4,00	1,247	4,40	,630	80	84,2	

2. Contexto Organizacional

a. Clima estratégico para la implementación (Tabla 3).

Valorización de la utilización de mejores prácticas: Coordinadores y profesionales manifestaron estar muy de acuerdo con la idea de que los empleados piensan que es importante implementar mejores prácticas (90% y 76,2% respectivamente). Los coordinadores señalan estar muy de acuerdo (90%) y los profesionales medianamente de acuerdo (71,3%) respecto a que uno de los objetivos de los programas en los cuales se desempeñan es utilizar eficazmente mejores prácticas. Coordinadores señalan un alto porcentaje de acuerdo con la idea de que la utilización de mejores prácticas es una prioridad para la dirección de los programas en los que trabajan, mientras que los profesionales se muestran medianamente de acuerdo (58,4%) con la misma idea.

Apoyo para la implementación de mejores prácticas: Respecto al apoyo percibido para la implementación de mejores prácticas, coordinadores señalaron estar altamente de

acuerdo (90%) con la idea de que la dirección de la organización pone a disposición del personal el material y los documentos necesarios, mientras que en el mismo ítem los profesionales señalaron estar medianamente de acuerdo (28,7%).

Ambos grupos señalaron estar medianamente de acuerdo con que la dirección propone conferencias, cursos prácticos o seminarios para ello (40% y 29,7% respectivamente), coordinadores señalaron estar medianamente de acuerdo (50%) con que se ofrece formación sobre las mejores prácticas que se quieren implementar, mientras que respecto a esa idea, los profesionales están muy en desacuerdo (19,8%).

Reconocimiento: Respecto al reconocimiento percibido por parte de la organización hacia quienes tienden a utilizar mejores prácticas, ambos grupos señalan estar muy de acuerdo (80% y 84,2%) con que estos tendrían mayor posibilidad a acceder a mandatos. Coordinadores señalan estar altamente de acuerdo (80%) y profesionales medianamente de acuerdo (43,6%) con que estas personas son consideradas como expertos clínicos. Coordinadores señalan estar altamente de acuerdo (80%) con que estos son reconocidos por la dirección, mientras que los profesionales están medianamente de acuerdo con dicha idea (28,7%).

Selección de personal: En relación a la percepción de la selección de personal dentro de la organización, ambos grupos señalan estar medianamente de acuerdo con que este se elige en función de su apertura a nuevas prácticas (70% y 39,9%), su adaptabilidad (70% y 49,5%) y su flexibilidad (60% y 45%).

Tabla 3. Clima estratégico para la implementación.

Clima estratégico para la implementación							
Constructo	Sub-constructo	Coordinadores		Profesionales		Acuerdo (%)	
		M	DE	M	DE	Coord	Prof
Valorización de la utilización de mejores prácticas	a. uno de los objetivos de la dirección de programas DI-DP- TEA es utilizar eficazmente mejores prácticas	4,50	1,269	4,05	,754	90	71,3
	b. los empleados piensan que es importante implementar mejores practicas	4,50	1,269	4,15	,674	90	76,2
	c. la utilización de mejores prácticas es una prioridad para esta dirección	4,50	1,269	3,91	,835	90	58,4
Apoyo para la implementación de mejores prácticas	La dirección de programas DI-DP-TEA...						
	a. propone conferencias, cursos prácticos o seminarios	3,00	1,323	2,94	,946	40	29,7
	b. ofrece formación sobre las mejores prácticas	3,22	1,302	2,80	,938	50	19,8
	c. pone a disposición del personal el material y los documentos necesarios	3,44	1,236	2,97	1,017	90	28,7
Reconocimiento	En qué medida los profesionales que tienen tendencia a utilizar mejores prácticas...						
	a. son considerados como expertos clínicos	4,00	1,247	3,47	,933	80	43,6
	b. reconocidos por la dirección	4,00	1,247	3,2	,909	80	28,7
	c. tienen más posibilidad de acceder a mandatos, ex. Participación en comités, etc.	2,30	1,317	3,48	,854	80	84,2
Selección de personal	La dirección de programas DI-DP- TEA tiene tendencia a seleccionar el personal en función de...						
	a. su adaptabilidad	3,50	,972	3,71	,818	70	49,5
	b. su flexibilidad	3,40	,966	3,65	,797	60	45,5
	c. su apertura a nuevas prácticas	3,60	1,075	3,47	,856	70	39,9

b. *Liderazgo (Tabla 4)*

Para la lectura de los resultados de este constructo, es preciso recordar que este instrumento indaga la percepción del liderazgo dentro de la organización, utilizándose una versión diferenciada por grupo, por lo que se constituye en un instrumento de autoreporte para los coordinadores y uno de reporte por parte de los profesionales con respecto a los coordinadores que los lideran.

Proactividad: Respecto al constructo de proactividad, coordinadores reportan estar muy de acuerdo (80%) con que tienden a elaborar un plan que facilite su implementación, mientras que los profesionales están medianamente de acuerdo (51,5%). Asimismo, coordinadores señalan estar muy de acuerdo y profesionales medianamente de acuerdo con que los primeros generalmente tienden a establecer normas claras para la implementación de una innovación (80% y 45,5% respectivamente) y a comunicar regularmente el estado del proceso (80% y 42,6%), mientras que ambos grupos señalan estar medianamente de acuerdo con que los coordinadores establecen normas claras para su implementación (70% y 45,5%).

Conocimientos: Con respecto de los conocimientos que demuestran los coordinadores para guiar los procesos de implementación de una innovación, en todos los ítem los coordinadores muestran estar altamente de acuerdo y los coordinadores medianamente de acuerdo con los siguientes supuestos: que estos tienen a responder a las preguntas que realice el personal y saber de qué habla cuando es momento de resolver problemas (90% y 54,5% respectivamente en ambos ítems), estar disponible para ayudar

personal en la utilización de una nueva práctica (90% y 53,5%) y a poseer conocimientos sobre la innovación (80% y 50,5%).

Apoyo: En relación al apoyo percibido por parte de los líderes durante los proceso de implementación de una innovación, nuevamente en todos los ítems los coordinadores señalan estar altamente de acuerdo y los profesionales medianamente de acuerdo con que tienden a: reconocer y apreciar los esfuerzos desarrollados por los empleados para aplicar la nueva práctica (90% y 61,4%), apoyar los esfuerzos de los empleados en saber más sobre la nueva práctica (90% y 47,5%) y apoyar los esfuerzos de los empleados en la utilización de la nueva práctica (80% y 55,4%).

Perseverancia: Por último, en lo que respecta la perseverancia de los líderes en estos procesos, se mantiene la tendencia en que los coordinadores están altamente de acuerdo y los profesionales medianamente de acuerdo con las siguientes ideas:

Los coordinadores tienden a superar los desafíos vinculados a la implementación de una nueva práctica (90% y 56,4%), reaccionar a los nudos críticos en la implementación de una nueva práctica y abordarlos de manera eficaz (90% y 51,5%) y a perseverar a pesar de los altos y bajos de la implementación de una nueva práctica (80% y 51,5%).

Tabla 4. Liderazgo para la implementación

Liderazgo para la implementación							
Constructo	Sub-constructo	Coordinadores		Profesionales		Acuerdo (%)	
		M	DE	M	DE	Coord	Prof
Proactividad	En general, el coordinador responsable de la implementación de una nueva práctica tiene tendencia a...						
	a. elaborar un plan que facilite su implementación	3,60	,966	3,62	,943	80	51,5
	b. reducir los obstáculos que pueden presentarse durante la implementación	3,80	1,135	3,49	,995	80	42,6

	c. establecer normas claras para su implementación	3,70	1,160	3,53	,940	70	45,5
	d. comunicar regularmente el estado de la implementación	3,90	1,197	3,51	1,055	80	45,5
Conocimientos	En general, el coordinador responsable de la implementación de una nueva práctica tiene tendencia a...						
	a. poseer los conocimientos sobre la innovación	4,00	1,247	3,69	1,001	80	50,5
	b. responder a las preguntas que realice el personal	4,20	1,229	3,71	,936	90	54,5
	c. saber de qué habla cuando es momento de resolver problemas	4,10	1,197	3,73	,943	90	54,5
	d. estar disponible para ayudar al personal en la utilización de la nueva práctica	4,20	1,229	3,69	,949	90	53,5
Apoyo	En general, el coordinador responsable de la implementación de una nueva práctica tiene tendencia a...						
	a. reconocer y apreciar los esfuerzos desarrollados por los empleados para aplicar la nueva práctica	4,20	1,229	3,77	,949	90	61,4
	b. apoyar los esfuerzos de los empleados en saber más sobre la nueva práctica	4,00	1,155	3,59	,942	90	47,5
	c. apoyar los esfuerzos de los empleados en la utilización de la nueva práctica	4,00	1,225	3,71	,897	80	55,4
Perseverancia	En general, el coordinador responsable de la implementación de una nueva práctica tiene tendencia a...						
	a. perseverar a pesar de los altos y bajos de la implementación de una nueva práctica	4,20	1,317	3,70	,753	80	51,5
	b. superar los desafíos vinculados a la implementación de una nueva practica	4,20	1,229	3,77	,801	90	56,4
	c. reaccionar a los nudos críticos en la implementación de una nueva practica y abordarlos de manera eficaz	4,30	1,252	3,66	1,003	90	51,5

Resultados cualitativos

Los resultados cualitativos de este estudio se presentarán a continuación en virtud de las categorías provenientes de la teoría de la Difusión de Innovaciones (Rogers, 1995).

1. Atributos percibidos del marco de referencia en ética

a. *Ventaja relativa.*

Coordinadores visualizan el marco de referencia en ética como una herramienta de apoyo para los equipos, constituyéndose como una guía que ayudará a favorecer la reflexión y la discusión grupal, en pos de la búsqueda de un consenso. Además de generar efectos colaterales tales como la movilización de los profesionales y la resolución de conflictos al interior de los equipos.

Los interventores proyectan que la implementación del marco de referencia en ética apoyará, agilizará y optimizará la toma de decisiones ante los dilemas éticos que se presentan en el cotidiano, permitiendo un abordaje interdisciplinario guiado por la ética. Este además podría tener efectos a nivel organizacional, potenciando la comunicación intra-equipos, destacándose la relación entre coordinadores e interventores.

b. Compatibilidad

Con el rol y las tareas: Los coordinadores señalan que los dilemas éticos interpelan constantemente a los equipos de profesionales en su quehacer diario. En el presente, se utilizan estrategias de abordaje que requieren mucho esfuerzo por cada uno de estos dilemas, por lo que un marco de referencia ético puede anticiparse a estos sobreesfuerzos y así por tanto, alivianar la carga laboral.

“Los dilemas éticos son parte del cotidiano en los profesionales y se viven prácticamente todas las semanas en diferentes niveles de intensidad”

Los interventores señalan que el marco conceptual en ética es compatible con su quehacer cotidiano, ya que constantemente se entra en conflicto con los propios valores profesionales y personales.

Con los valores y las creencias: Coordinadores creen necesario que existan principios por escritos que expliciten y respalden su discurso ético.

Los interventores creen compatible esta innovación ya que se vincula al abordaje desde los derechos humanos, por lo que a través de su utilización esperarían avanzar en los valores de beneficencia, equidad y justicia.

Con las necesidades: Coordinadores señalan que en el presente los equipos están expuestos cotidianamente a diversos dilemas éticos, ante los cuales deben reaccionar sin tener necesariamente un abordaje técnico con base empírica, lidiando a su vez con la diversidad de disciplinas y marcos de referencias éticos individuales.

Por ende, el marco de referencia en ética responde a la necesidad de generar un sentido común de la ética, en la que confluyan las diferentes perspectivas, constituyéndose en una herramienta de apoyo que permita un abordaje más exhaustivo y riguroso.

Los interventores señalan que en un contexto de fragilidad psicológica, el marco de referencia ético, ayudará a poner al usuario en el centro, permitiendo integrar la ética de manera activa en la toma de decisiones, aportando a los equipos puntos en común en

la interdisciplinaria, a enfrentar la escasez de recursos y a generar criterios de priorización para las listas de espera.

“Es una necesidad que realmente le encontremos el sentido por el cliente”.

Asimismo, ayudará a satisfacer la necesidad de nivelar éticamente a los nuevos empleados.

Con la experiencia: Los coordinadores señalan que en su experiencia, los equipos se ven envueltos en situaciones de tensión frente a los dilemas éticos que se presentan.

Equipos que han tenido experiencia con un marco de referencia ético de manera piloto, enfatizan la importancia de tener directrices comunes en torno a la ética y señalan que se han interiorizado y concientizado acerca de la ética en sus reflexiones. Asimismo manifiestan que en un comienzo el uso de este marco de referencia piloto se trabajó a nivel grupal junto con el coordinador, pero luego los profesionales lo fueron incorporando, utilizándolo de manera más independiente.

“... al presentar el marco de referencia y dar ejemplos de dilemas éticos, todos reconocerán las situaciones que ya han experimentado y que no necesariamente han tenido apoyo desde un enfoque específico, porque no lo habíamos hecho, porque no teníamos las herramientas, estoy seguro de que lo relacionaré con casos experimentados.

Sí, sí, me habría ayudado utilizarlo”.

Los interventores señalan el surgimiento constante de dilemas éticos en su quehacer laboral, enfatizando respecto a ello, la priorización de casos en lista de espera.

“la experiencia demuestra que no lo hacemos, quiero decir... estamos llenos de dilemas éticos y los resolvemos solos o mal...”

c. Complejidad

Los interventores manifiestan que la ética puede tornarse complicada, en un entorno en el cual no es un tema común, por lo que puede considerarse demasiado complicada o abstracta.

Ambos grupos concuerdan en señalar que esta herramienta podría ser fácil de utilizar si esta se presenta accesible y comprensible, considerando elementos concretos aplicables a la realidad.

Los resultados cualitativos sobre los atributos percibidos del futuro marco de referencia en ética se sistematizan en la figura 1.

Figura 1. Atributos percibidos del marco de referencia en ética.



2. Condiciones del Contexto Organizacional.

Los resultados sobre las condiciones del contexto organizacional que se presentan a continuación están se categorizan en facilitadores y obstaculizadores.

a. Facilitadores

Coordinadores señalan como facilitador presente en los equipos, la existencia de personas con mayor formación y sensibilidad en el plano de la ética. Si bien se presenta diferenciación en la percepción de la apertura a la innovación de los equipos, algunos coordinadores señalan que en sus equipos siempre hay alguna persona más interesada y clara respecto de abordaje ético dentro de la intervención.

“Hay en condiciones de éxito. Creo que en los equipos, no sé cómo puede ser, pero siempre hay alguien que está más iluminado”.

En cuanto a los interventores, estos perciben que existe una mayor sensibilidad ética en los profesionales psicoeducadores, por lo que relevan su aporte al proceso de implementación del marco de referencia en ética.

Asimismo, se señala que en algunos equipos existen condiciones de apertura a la innovación, lo cual se ha desarrollado a partir de experiencias anteriores.

b. Obstaculizadores

Los coordinadores señalan la heterogeneidad en los sistemas de valores que presente en cada uno de los profesionales.

Para algunos de los coordinadores el marco de referencia en ética no es una prioridad, esto debido a que existen otros aspectos más urgentes que atender en el

quehacer de sus equipos, lo que estaría mediado por el tipo de servicio que prestan, la cobertura y el tiempo de conformación y la apertura al cambio de los equipos.

Asimismo señalan como un aspecto que podría dificultar el proceso, la presencia en la cultura organizacional de la percepción de que los usuarios no son vistos como responsabilidad de los equipos sino de cada profesional.

En cuanto a los interventores, hay experiencias anteriores de implementación de innovaciones que han generado disconformidad y que no han tenido el éxito esperado, dado que se han percibido como imposiciones externas sin lograrse comprender su sentido. De esta forma, en algunos equipos se ha generado resistencia al cambio lo que afecta la apertura y la disposición a las innovaciones que se quieran proyectar.

Otros aspectos que se identifican como obstáculos para el desarrollo de procesos de implementación de innovaciones son: la heterogeneidad de los tipos de servicios que prestan los equipos, la cobertura de atención, el número de profesionales, que se señala, en algunos equipos es insuficiente. A esto se suma la llamada fragilidad emocional presente en algunos equipos que se ven enfrentados a constantes situaciones de tensión y que proyectan la dificultad de integrar nuevas prácticas bajo esas condiciones. Por último, se señala las diferencias en formación y sensibilidad en ética tanto entre los interventores como entre los coordinadores.

“Hay falta de personal, no hemos podido reunirnos como equipo, por lo que es obvio que si no podemos reunirnos, no podemos hablar de eso. Así que por el momento nos encontramos ante algunas consideraciones materiales y financieras, ya que eliminamos las reuniones del equipo, es muy serio...”

Los resultados de esta categoría son sistematizados en la figura 2.

Figura 2. Condiciones del Contexto Organizacional.



3. Consideraciones para el proceso de difusión.

En esta categoría, existen variadas similitudes en las respuestas de ambos grupos, por lo que se comenzarán señalando los aspectos en común para luego dar paso a las diferencias encontradas.

Existe acuerdo en que para potenciar el éxito de la implementación de este marco de referencia en ética, la estrategia de difusión no debe ser rígida sino que debe atender a la heterogeneidad de los equipos, generando procesos pertinentes y personalizados a la situación de cada uno de estos.

Asimismo se plantea que la persona que dirija la estrategia de difusión y realice los procesos de formación debe mostrar una expertiz tanto en lo teórico como en lo práctico, orientando el aprendizaje a su utilización concreta.

Con respecto a los roles dentro de los equipos, ambos grupos plantean que no necesariamente deben ser los coordinadores quienes asuman el rol de liderar la implementación de la estrategia y que en lugar de ellos, alguno de los profesionales que tenga más conocimientos y sensibilidad en ética pueda asumir este rol. Sin embargo, es responsabilidad de los coordinadores motivar a sus equipos y otorgarle prioridad a su implementación. Los coordinadores por su parte, plantean la idea de vincularlo a los indicadores de calidad con los cuales son evaluados por Agrément Canada.

En lo que respecta a los interventores, estos señalan que el proceso de difusión debe contemplar mecanismos de sensibilización sobre la importancia de la ética en los procesos de intervención, interpelar a los equipos respecto de sus prácticas actuales y guiar para su inclusión concreta en el quehacer cotidiano. De esta manera se pondrá en valor la dimensión ética en tanto genere bienestar en los usuarios y se superará la visión de la implementación de esta innovación como un indicador de eficiencia más.

Se sugiere la conformación de un comité multicentro, el cual esté conformado por los profesionales que liderarán el proceso de implementación.

Además se indica que para favorecer el éxito de su implementación, el uso del marco de referencia en ética debe ponerse como una prioridad dentro de las dinámicas organizacionales, a través de su inclusión sistemática dentro de los temas de las reuniones de equipo y considerando la ética como parte de los planes de intervención.

“Depende de los gerentes también asegurarse de que su gente... hable con su equipo para poner un punto en la agenda”.

Por último se sugiere generar un proceso a largo plazo, que no tenga como meta solo la implementación del marco de referencia ético sino también su sostenibilidad dentro de las prácticas del servicio. De esta forma se insta a poder generar más que una práctica concreta, el desarrollo una cultura organizacional que dialogue sobre la ética.

"-... la clave está en el la forma en que se venda, en la forma de venderlo ... la persona que se lo presenta debe creerlo, y hacerlo sentir..."

-Sí. La organización ya debe creerlo”.

Los resultados de esta categoría se sistematizan en la figura 3.

Figura 3. Consideraciones para el proceso de difusión.



Discusión

En la presente investigación se propuso como objetivo general evaluar la etapa de pre-implementación de un futuro marco de referencia en ética para la intervención en un centro de salud y servicios sociales. En este contexto la producción de información se llevó a cabo a través de la participación de coordinadores de equipo y profesionales interventores, utilizándose como marco de referencia la ciencia de la implementación.

Los resultados de este estudio confirman la importancia de evaluar en una etapa temprana las variables que incidirán en un proceso de implementación de una innovación, en este caso, de este marco de referencia en ética (Aarons et al., 2011). La discusión se estructurará en virtud de los objetivos específicos propuestos: las variables asociadas al contexto organizacional, los atributos percibidos que debiese presentar la innovación y las sugerencias para el proceso de difusión. Luego se presentarán las limitaciones del estudio así como sus implicaciones y líneas futuras.

En lo relativo a las variables asociadas al contexto organizacional, su evaluación constata el clima estratégico para la implementación y el liderazgo para la implementación.

En relación al clima estratégico para la implementación, se aprecia una tendencia, tanto en coordinadores como profesionales a estar de acuerdo con que hay valoración

sobre el uso de nuevas prácticas y reconocimiento para quienes las utilizan, habiendo mayor grado de acuerdo por parte de los coordinadores por sobre los profesionales interventores. El apoyo para la implementación y la selección de personal con más tendencia a innovar fueron variables evaluadas en un mediano grado de acuerdo por ambas partes.

Esto se complementa con los resultados cualitativos, en los cuales se señalan que en el contexto organizacional, si bien existen algunos equipos con apertura a la utilización de nuevas prácticas, hay otros que por sus características, tiempo de conformación, modalidad de atención, demanda y cobertura, señalan la posible resistencia al cambio para la utilización de esta nueva práctica.

A eso se suma, la presencia de la fragilidad emocional señalada, lo cual si bien hace necesaria la implementación de un marco de referencia en ética que pueda generar apoyo, puede a su vez dificultar la implementación de este. Lo anterior concuerda con lo que plantea una investigación reciente, la cual señala que no basta con poner énfasis en el clima estratégico para la implementación, sino que se recomienda también evaluar y dirigir los esfuerzos hacia la potenciación del clima organizacional que genere bienestar en los miembros de los equipos, lo cual se ha denominado clima organizacional molar (Williams, Ehrhart, Aarons, Marcus, & Beidas, 2018).

Un aspecto favorable que se explicita en esta evaluación, es la presencia dentro de los equipos de profesionales que tienen un mayor grado de sensibilidad, compromiso y formación en ética, lo cual podría ayudar a la implementación y a la sostenibilidad de este marco de referencia en ética. Considerando estos resultados, y lo señalado por Reiter-

Theil et al., (2011) sería oportuno considerar la generación del rol de “facilitador de la ética” dentro de los equipos, cuya función sea liderar la toma de decisiones ética dentro de las dinámicas organizacionales de los equipos.

Un segundo aspecto abordado en las variables del contexto, es el liderazgo para la implementación. Los resultados cuantitativos evidencian que a nivel general hay una mayor valoración de las características asociadas a un liderazgo para la implementación de parte de los coordinadores por sobre la valoración de los interventores. Por lo tanto, se considera necesario que la estrategia de difusión contemple un entrenamiento en del liderazgo contemplando las habilidades de proactividad, para anticipar y abordar los desafíos de la implementación, conocimiento, comprendiendo los alcances de la innovación y los problemas que surgen en el proceso, apoyo para el uso clínico de la innovación, y la perseverancia durante el proceso.

Los resultados cualitativos ponen énfasis en la necesidad de que la implementación sea apoyada por los coordinadores de equipo, tal como lo plantean investigaciones que evidencian la importancia de que los coordinadores de equipo desarrollen conductas de liderazgo que promuevan que los profesionales interventores utilicen mejores prácticas (Guerrero et al., 2017; Guerrero, Padwa, Fenwick, Harris, & Aarons, 2015) y particularmente las mejores prácticas que permitan avanzar hacia la mejora en la dimensión ética (Weidema et al., 2012). Se considera además que la evaluación formativa en la etapa de pre-implementación puede potenciar las habilidades de los coordinadores para apoyar a los interventores durante el proceso de implementación del marco de referencia en ética.

Al abordar el segundo objetivo específico de este estudio, los atributos percibidos de la innovación, los resultados cuantitativos y cualitativos coinciden en señalar que el marco de referencia en ética es **compatible** con los roles y tareas que ejecutan, ya que en su quehacer son constantemente son interpelados por dilemas éticos. Asimismo, se considera compatible con la experiencia, agregando que estos dilemas éticos presentes generan tensión en los equipos.

Además, existe alto nivel de acuerdo en su compatibilidad con los valores y creencias, para avanzar en la incorporación efectiva de los valores de beneficencia, equidad y justicia, siendo también compatible con la intención de contar con un abordaje técnico con base empírica que a su vez permita generar consensos en la toma de decisiones de carácter ético (Meyer-Zehnder et al., 2017).

Los resultados cuantitativos arrojarán diferencias entre ambos grupos respecto de que esta innovación permitiría cuestionar las reglas establecidas dentro de la organización que no aportan a respuestas satisfactorias en el ámbito de la intervención, por lo que para una próxima evaluación se sugiere indagar si hay diferencias entre coordinadores e interventores respecto de su percepción de los valores organizacionales, considerando que el rol puede influenciar en los procesos de deliberación ética.

Respecto a las **ventajas relativas**, la implementación de un marco de referencia en ética podría favorecer la discusión y la reflexión de los diversos dilemas éticos a los que se enfrentan, promoviendo la generación de un consenso para la toma de decisiones de los equipos, previéndose además efectos colaterales en tanto mejora en la

comunicación y la percepción de apoyo por parte de los colegas (Janssens, et al. 2015; Spijkerboer, et al. 2017).

Con respecto a la **complejidad percibida**, en general no se considera como difícil la implementación de este marco de referencia en ética. Los resultados señalan que se facilitaría su uso si se acompaña de un soporte ético a nivel organizacional, y en su contenido es comprensible, concreto y aplicable a la diversidad de situaciones a las cuales deben enfrentarse los equipos, siendo necesaria su difusión con ejemplos concretos. Por lo que se sugiere que en la evaluación de la siguiente etapa se evalúen estos criterios.

Cabe mencionar, que estos resultados se presentan acordes a las características de dos herramientas conocidas en el campo de la ética clínica, tales como el la herramienta para abordar desafíos éticos, que proponen Fox, et.al. (2010) en el programa Integrated Etic, orientado a mejorar la ética en el área de salud, y la herramienta para resolver dilemas éticos, propuesta por Legault (2003) las cuales podrían aportar como referencia a su construcción.

Se considera necesario que además de herramientas prácticas, el marco de referencia en ética contemple la incorporación de un discurso en ética común, que explicita los valores y principios éticos que fundamentan las prácticas y que deben considerarse en la toma de decisiones (Meyer-Zehnder et al., 2017; Reiter-Theil et al., 2011). Cabe mencionar que en el área de salud, Beauchamp y Childress (1997) proponen los cuatro principios éticos en salud, a saber: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Asimismo, desde la psicología comunitaria, se propone la incorporación de nuevos valores en la práctica psicosocial: autonomía compartida, auto-cuidado, desarrollo

humano, empoderamiento y justicia social, los cuales profundizarían los principios anteriores situándolos desde una lectura social más amplia (Sánchez, 2015). Lo anterior adquiere importancia en la medida que se oriente a su aplicación práctica, aportando concordancia entre los principios y las acciones, por lo que su evaluación posterior podría incluir dichos aspectos.

A través del tercer objetivo específico, se indagaron sugerencias para el proceso de difusión del marco de referencia en ética, los resultados señalan que este debe ser facilitado por profesionales expertos en el área, tanto en el ámbito teórico como práctico. Se sugiere que estén presentes y que puedan apoyar los requerimientos cotidianos de los equipos, mediando entre las metas que proponen y las características del contexto interno y externo (Gunderson et al., 2018).

Asimismo, los resultados señalan la importancia de generar procesos pertinentes a la heterogeneidad de los equipos y programas, esto se condice con una revisión sistemática realizada recientemente, en la cual se concluye que las adaptaciones de las innovaciones en salud deben considerar la pertinencia cultural, focalizándose en la población objetivo que atienden los programas y al contexto organizacional en el cual se desarrollan (Escoffery et al., 2018).

Además, para que la implementación de esta innovación en ética clínica y su posterior sostenibilidad se vea favorecida, el proceso de difusión debería contemplar la estimulación de las capacidades de innovación de la organización ya revisadas conjugándolas a su vez con la construcción de una cultura organizacional ética (Meyer-Zehnder et al., 2017). Avanzar hacia el desarrollo de una cultura organizacional ética,

significa integrar la ética a lo cotidiano y supone que los miembros de la organización aprecien su importancia y la asocien como parte de la calidad de los servicios que entregan, reconozcan y discutan preocupaciones éticas, busquen asesoría ética en casos que lo requieran, trabajen para resolver problemas de éticos de manera sistemática, se sientan facultados para comportarse éticamente incluso cuando la reflexión grupal no esté presente y consideren las decisiones organizativas como éticas (Fox, Bottrell, et al., 2010; Sandman, Molander, & Benkel, 2015).

Estrechamente vinculado a la cultura organizacional ética, se sugiere el desarrollo de estrategias que fomenten un “Liderazgo ético”, tanto para los coordinadores como los “facilitadores de la ética” el cual se caracteriza por la prioridad que el líder le otorga a la ética, incluyéndola en los contextos cotidianos, comunique su motivación y pensamiento estratégico hacia su implementación, posea los conocimientos, los comunique y promueva a través de las conversaciones y discusiones éticas (Fox, Crigger, et al., 2010).

En esta línea, (Reiter-Theil et al., 2011) afirman que para implementar la ética en las instituciones de salud, es fundamental formar la competencia ética entre sus miembros. Esta competencia contempla el desarrollo de cuatro características: la reflexión, su aplicación en la práctica, su carácter dialectico, ya que es imprescindible que la práctica esté sustentada en la evidencia empírica y en postulados teóricos de la ética, y que esta sea compartida con el resto de los miembros de la organización.

Limitaciones de la investigación:

La presente investigación es un estudio de caso que cuenta con un marco de referencia y una metodología acorde a la ciencia de la implementación, intentando a

través de ello potenciar su validez interna y externa. Sin embargo, se debe tener prudencia en la generalización de sus resultados.

Además, al igual que otros estudios de esta naturaleza, los instrumentos de medición se modificaron en virtud de las características de la innovación, pudiendo verse afectadas sus propiedades psicométricas.

Por último, la evaluación se realizó en torno a la futura implementación de un marco de referencia en ética, por lo que la innovación propiamente tal se constituía en una idea de hipotética. Así, los resultados dan cuenta de una anticipación respecto la innovación y no de su constatación práctica, siendo su contribución aportar en la formulación de la estrategia a seguir.

Implicaciones y líneas futuras

La evaluación expuesta tiene como base los postulados de la ciencia de la implementación, considerando un método mixto (Palinkas et al., 2011), la selección de constructos a evaluar, la coherencia de estos con los instrumentos y técnicas utilizadas, así como la pertinencia y adecuación de estos instrumentos y técnicas al contexto y la naturaleza de la innovación (Martinez, Lewis, & Weiner, 2014). Asimismo, contempla la evaluación de la etapa de pre-implementación, la cual ha sido poco estudiada en esta ciencia (Proctor et al., 2009). Por lo tanto, se plantea que este estudio y su metodología pudiesen constituirse en un modelo de evaluación en la etapa de pre-implementación de una innovación, ya sea de carácter ético u otro, con el objetivo de poder aportar de manera rigurosa a las siguientes etapas del proceso de implementación.

Por último, se considera que este estudio desarrollado en el contexto de salud y servicios sociales, sería muy necesario de aplicar en el campo psicosocial y comunitario (Sánchez, 2015), considerando las similitudes y particularidades que en estas áreas se presentan.

Referencias

- Aarons, G., Ehrhart, M., & Farahnak, L. R. (2014). The implementation leadership scale (ILS): development of a brief measure of unit level implementation leadership. *Implementation Science, 9*(45), 1–10.
- Aarons, G., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 38*(1), 4–23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
- Aarons, G., & Sommerfeld, D. H. (2012). Leadership, innovation climate, and attitudes toward evidence-based practice during a statewide implementation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51*(4), 423–431. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.01.018>
- Alfaro, J. (2000). *Discusiones en Psicología Comunitaria*. Santiago: RIL Editores.
- Baribeau, C., & Germain, M. (2010). Recherches qualitatives. *Recherches Qualitatives, 29*(1), 28–49.
- Battilana, J., Gilmartin, M., Sengul, M., Pache, A., & Alexander, J. A. (2010). Leadership competencies for implementing planned organizational change. *The Leadership Quarterly, 21*(3), 422–438. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2010.03.007>
- Butcher, R. (2014). Appuyer les pratiques éthiques au sein de votre collectivité. *Qmentum Queartely, 18–23*.
- Cane, J., O'Connor, D., & Michie, S. (2012). Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research.

- Implementation Science : IS*, 7(37), 1–17. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>
- Chamberlain, P., Brown, C. H., Saldana, L., Reid, J., Wang, W., Marsenich, L., ...
Bouwman, G. (2008). Engaging and recruiting counties in an experiment on implementing evidence-based practice in California. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(4), 250–260.
<https://doi.org/10.1007/s10488-008-0167-x>
- Chiavenato, I. (2007). *Administración de recursos humanos* (8va ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Çınar, F., & Eren, E. (2013). Innovative Approach to the Ethics in Health Care Organizations: Health Staff Perspective. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 99, 719–725. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.10.543>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. a, & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50), 40–55. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Dauwerse, L., Abma, T. A., Molewijk, B., & Widdershoven, G. (2013). Goals of clinical ethics support: Perceptions of dutch healthcare institutions. *Health Care Analysis*, 21(4), 323–337. <https://doi.org/10.1007/s10728-011-0189-5>
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327–350.
<https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>

- Eccles, M., & Mittman, B. (2006). Welcome to Implementation Science. *Implementation Science*, *1*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>
- Ehrhart, M. G., Aarons, G., & Farahnak, L. R. (2014). Assessing the organizational context for EBP implementation: the development and validity testing of the Implementation Climate Scale (ICS). *Implementation Science : IS*, *9*(157), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0157-1>
- Escoffery, C., Lebow-Skelley, E., Haardoefer, R., Boing, E., Udelson, H., Wood, R., ... Mullen, P. D. (2018). A systematic review of adaptations of evidence-based public health interventions globally. *Implementation Science*, *13*(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0815-9>
- Flaspohler, P., Lesesne, C. A., Puddy, R. W., Smith, E., & Wandersman, A. (2012). Advances in Bridging Research and Practice: Introduction to the Second Special Issue on the Interactive System Framework for Dissemination and Implementation. *American Journal of Community Psychology*, *50*(3–4), 271–281. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9545-3>
- Fox, E., Bottrell, M. M., Berkowitz, K. a, Chanko, B. L., Foglia, M. B., & Pearlman, R. a. (2010). Integrated ethics: An innovative program to improve ethics quality in health care. *The Innovation Journal*, *15*(2), 1–36.
- Fox, E., Crigger, B.-J., Bottrell, M., & Bauck, P. (2010). *Ethical Leadership: Fostering an Ethical environment & Culture. Integrated Ethics*. Retrieved from <http://www.ethics.va.gov/ELprimer.pdf>
- Gabel, S. (2011). Ethics and values in clinical practice: whom do they help? *Mayo Clinic*

Proceedings, 86(5), 421–424. <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0781>

Gamble, J. a. (2008). *A Developmental Evaluation Primer. The J.W McConnell Family Foundation.*

Gifford, W. A., Squires, J. E., Angus, D. E., Ashley, L. A., Brosseau, L., Craik, J. M., ...

Graham, I. D. (2018). Managerial leadership for research use in nursing and allied health care professions: A systematic review. *Implementation Science*, 13(1), 1–23. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0817-7>

Goodman, R. M. (2000). Bridging the gap in effective program implementation: from concept to application. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 309–321.

[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200005\)28:3<309::AID-JCOP6>3.0.CO;2-](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<309::AID-JCOP6>3.0.CO;2-O)

O

Gopichandran, V., Luyckx, V. A., Biller-Andorno, N., Fairchild, A., Singh, J., Tran, N., ... Vahedi, M. (2016). Developing the ethics of implementation research in health.

Implementation Science, 11(161), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0527-y>

Gracia, D. (2003). Ethical case deliberation and decision making. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 6, 227–233.

Grimshaw, J., Eccles, M., Lavis, J., Hill, S., & Squires, J. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implement Sci*, 7(50), 1–17. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>

Guerrero, E. G., Fenwick, K., & Kong, Y. (2017). Advancing theory development:

Exploring the leadership-climate relationship as a mechanism of the implementation of cultural competence. *Implementation Science*, 12(1), 1–12.

<https://doi.org/10.1186/s13012-017-0666-9>

Guerrero, E. G., Padwa, H., Fenwick, K., Harris, L. M., & Aarons, G. A. (2015).

Identifying and ranking implicit leadership strategies to promote evidence-based practice implementation in addiction health services. *Implementation Science*, *11*(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0438-y>

Guilbert, E., Robitaille, J., Guilbert, A., & Morin, D. (2013). *Les déterminants de la pratique infirmière en contraception hormonale au Québec*. Québec.

Gunderson, L. M., Willging, C. E., Trott Jaramillo, E. M., Green, A. E., Fettes, D. L., Aarons, G. A., & Hecht, D. B. (2018). The good coach: implementation and sustainment factors that affect coaching as evidence-based intervention fidelity support. *Journal of Children's Services*, *13*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1108/JCS-09-2017-0043>

Janssens, R. M., Van Zadelhoff, E., Van Loo, G., Widdershoven, G. A., & Molewijk, B. A. (2015). Evaluation and perceived results of moral case deliberation: A mixed methods study. *Nursing Ethics*, *22*(8), 870–880. <https://doi.org/10.1177/0969733014557115>

Kotter, J. P. (1995). Leading change: Why transformation efforts fail (1995). *Harvard Business Review*, *73*(2), 59–67. <https://doi.org/10.1109/EMR.2009.5235501>

Laukkanen, L., Suhonen, R., & Leino-kilpi, H. (2015). Solving work-related ethical problems : The activities of nurse managers. *Nursing Ethics*, 1–13. <https://doi.org/10.1177/0969733015584966>

Lynn, J., Baily, M. A., Bottrell, M., Jennings, B., Levine, R. J., Davidoff, F., ... Agich,

- G. J. (2007). Annals of Internal Medicine Academia and Clinic The Ethics of Using Quality Improvement Methods in Health Care. *Annals of Internal Medicine*, *146*, 666–673.
- Martinez, R. G., Lewis, C. C., & Weiner, B. J. (2014). Instrumentation issues in implementation science. *Implementation Science*, *9*(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1186/s13012-014-0118-8>
- May, C. R., Johnson, M., & Finch, T. (2016). Implementation , context and complexity. *Implementation Science*, *11*(141), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0506-3>
- Meyer-Zehnder, B., Albisser Schleger, H., Tanner, S., Schnurrer, V., Vogt, D. R., Reiter-Theil, S., & Pargger, H. (2017). How to introduce medical ethics at the bedside - Factors influencing the implementation of an ethical decision-making model. *BMC Medical Ethics*, *18*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0174-0>
- Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012). The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *American Journal of Community Psychology*, *50*, 462–480. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9522-x>
- Moullin, J. C., Sabater-Hernández, D., Fernandez-Llimos, F., & Benrimoj, S. I. (2015). A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. *Health Research Policy and Systems*, *13*(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0005-z>
- Nelson, G., & Prilleltensky, I. (2010). *Community Psychology: In Pursuit of Liberation and Well-being (2da ed)*. Palgrave Macmillan. Retrieved from

https://books.google.cl/books?id=dE8SCwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, *10*(53), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
- Palinkas, L., Aarons, G., Horwitz, S., Chamberlain, P., Hurlburt, M., & Landsverk, J. (2011). Mixed Method Designs in Implementation Research. *Adm Policy Ment Health*, *38*, 44–53. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0314-z>
- Pfadenhauer, L. M., Mozygemba, K., Gerhardus, A., Hofmann, B., Booth, A., Lysdahl, K. B., ... Rehfuss, E. A. (2015). Context and implementation: A concept analysis towards conceptual maturity. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, *109*(2), 103–114. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.01.004>
- Proctor, E., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation Research in Mental Health Services : an Emerging Science with Conceptual , Methodological , and Training challenges. *Adm Policy Ment Health*, *36*, 24–34. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., ... Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *38*(2), 65–76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W., & Weaver, N. L. (2008). A glossary for dissemination and implementation research in health. *J*

Public Health Manag Pract, 14(2), 117–123.

<https://doi.org/10.1097/01.PHH.0000311888.06252.bb> [doi]\r00124784-200803000-00007 [pii]

Reiter-Theil, S., Mertz, M., Schürmann, J., Stingelin Giles, N., & Meyer-Zehnder, B.

(2011). Evidence - competence - discourse: The theoretical framework of the multi-centre clinical ethics support project metap. *Bioethics*, 25(7), 403–412.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2011.01915.x>

Rigon, C., Nora, D., Lourdes, E., Pavone, C., & Vieira, M. M. (2015). Deliberación ética en salud : revisión integrativa de la literatura. *Revista Bioética*, 23(1), 115–125.

Rogers, E. (2003). *Diffusion of Innovations* (5th ed.). New York: Free Press.

Ross, J., Stevenson, F., Lau, R., & Murray, E. (2016). Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). *Implementation Science*, 11(146), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0510-7>

Rubenstein, L. V., & Pugh, J. (2006). Strategies for promoting organizational and practice change by advancing implementation research. *Journal of General Internal Medicine*, 21(S.2), 58–64. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00364.x>

Rueda, L., & Miranda, O. (2002). Principales Dilemas Bioéticos En Las Personas Con Discapacidad Prolongada. *Acta Bioética*, Año VIII(1), 9.

<https://doi.org/10.4067/S1726-569X2002000100012>

Sánchez, A. (2015). “Nuevos” valores en la práctica psicosocial y comunitaria:

Autonomía compartida, auto-cuidado, desarrollo humano, empoderamiento y justicia social. *Universitas Psychologica*, 14(4), 1235–1244.

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.up14-4.nvpp>

Sandman, L., Molander, U., & Benkel, I. (2015). Developing organisational ethics in palliative care: A three-level approach. *Nursing Ethics*, 1–13.

<https://doi.org/10.1177/0969733015595542>

Scaccia, J. P., Cook, B. S., Lamont, A., Wandersman, A., Castellow, J., Katz, J., & Beidas, R. S. (2015). A PRACTICAL IMPLEMENTATION SCIENCE HEURISTIC FOR ORGANIZATIONAL READINESS: R = MC2. *Journal of Community Psychology*, 43(4), 484–501. <https://doi.org/10.1002/jcop>

Spijkerboer, R. P., van der Stel, J. C., Widdershoven, G. A. M., & Molewijk, A. C. (2017). Does Moral Case Deliberation Help Professionals in Care for the Homeless in Dealing with Their Dilemmas? A Mixed-Methods Responsive Study. *HEC Forum*, 29(1), 21–41. <https://doi.org/10.1007/s10730-016-9310-3>

van der Dam, S., Abma, T. A., Kardol, M. J. M., & Widdershoven, G. A. M. (2012). Here's my dilemma. Moral case deliberation as a platform for discussing everyday ethics in elderly care. *Health Care Analysis*, 20(3), 250–267. <https://doi.org/10.1007/s10728-011-0185-9>

van der Dam, S., Schols, J., Kardol, T., Molewijk, B., Widdershoven, G., & Abma, T. (2013). The discovery of deliberation. From ambiguity to appreciation through the learning process of doing Moral Case Deliberation in Dutch elderly care. *Social Science and Medicine*, 83, 125–132.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.01.024>

Wandersman, A., Chien, V. H., & Katz, J. (2012). Toward an Evidence-Based System for

Innovation Support for Implementing Innovations with Quality: Tools, Training, Technical Assistance, and Quality Assurance/Quality Improvement. *American Journal of Community Psychology*, 50(3–4), 445–459.

<https://doi.org/10.1007/s10464-012-9509-7>

Weidema, F. C., Molewijk, A. C., Widdershoven, G. A. M., & Abma, T. A. (2012).

Enacting ethics: Bottom-up involvement in implementing moral case deliberation.

Health Care Analysis, 20(1), 1–19. <https://doi.org/10.1007/s10728-010-0165-5>

Weiner, B. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation*

Science : IS, 4(1), 67. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-67>

Williams, N. J., Ehrhart, M. G., Aarons, G. A., Marcus, S. C., & Beidas, R. S. (2018).

Linking molar organizational climate and strategic implementation climate to clinicians' use of evidence-based psychotherapy techniques: Cross-sectional and lagged analyses from a 2-year observational study. *Implementation Science*, 13(1),

1–13. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0781-2>

Wilson, N., Clegg, J., & Hardy, G. (2008). What informs and shapes ethical practice in

Intellectual Disability services? *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(7),

608–617. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01077.x>

Wisdom, J. P., Chor, K. H. B., Hoagwood, K. E., & Horwitz, S. M. (2013). Innovation

adoption: A review of theories and constructs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(4), 480–502.

<https://doi.org/10.1007/s10488-013-0486-4>

Yin, R. K. (2011). *Qualitative Research from Start to Finish*. New York: The Guilford

Press. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR UNE RECHERCHE MENÉE À LA DIRECTION
DI-DP-TSA AU CISSS DE L'OUTAOUAIS- VERSION PROFESSIONNELS ET
GESTIONNAIRES

Titre du projet de recherche :	Évaluation de la pré-implantation du cadre de référence en éthique clinique proposé par le comité d'éthique clinique du CISSO
Chercheure responsable du projet de recherche :	Line LeBlanc, Ph.D.
Co-chercheur principal :	Camila Aburto, étudiante Université de la Frontera, Chili
Membre du personnel de recherche :	Alexis Delame
Organisme subventionnaire :	Direction des programmes DI-DP-TSA du CISSS de l'Outaouais

Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. SVP avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nature et objectifs du projet de recherche

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à identifier les conditions favorisant la mise en œuvre éventuelle du cadre de référence en éthique clinique proposé par le CÉC du CISSO. Cette analyse permettra de savoir dans quelle mesure les professionnels et les gestionnaires se rallient aux arguments justifiant l'implantation d'un nouveau cadre de référence en éthique. De plus, les données permettront de mieux préparer le terrain et ainsi améliorer ses chances de succès.

Les critères d'inclusion pour participer à l'étude sont : être un professionnel œuvrant auprès de la clientèle ou un gestionnaire à la direction des programmes DI-DP-TSA. Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter environ 150 professionnels et gestionnaires.

Questions de recherche

Plus précisément, la recherche permettra de répondre aux questions suivantes :

1. Quelle est l'appréciation des arguments qui sous-tendent la volonté d'implanter un cadre de référence en éthique clinique (avantage relatif, compatibilité et complexité)?
2. Le contexte est-il propice à l'implantation de cette nouvelle pratique (propension individuelle à l'innovation, leadership en implantation, ouverture de l'organisation à la nouveauté)?
3. Quelles seraient les stratégies à mettre en place pour rendre optimale l'implantation éventuelle du cadre de référence en éthique clinique au sein de la direction des programmes DI-DP-TSA et en tirer des leçons pour l'implantation de pratiques innovantes au CISSS de l'Outaouais ?

Déroulement du projet de recherche

Votre participation à l'étude implique de compléter un questionnaire en ligne d'une durée d'environ 20 minutes et de participer sur une base volontaire à une entrevue de groupe semi-structurée d'une durée d'une heure pour mieux anticiper les obstacles à l'implantation éventuelle du cadre de référence en éthique clinique et identifier les mesures pour les surmonter.

Avantages associés au projet de recherche

Il est possible que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, soit une satisfaction à contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques et pratiques mais nous ne pouvons vous l'assurer.

Risques et inconvénients associés au projet de recherche

Les risques associés à votre participation ne sont pas supérieurs à ceux que vous pouvez rencontrer dans le contexte de travail. Autrement dit, les risques additionnels sont minimaux et les chercheurs s'engagent à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. Les seuls inconvénients possibles sont le temps passé à participer au projet et certains inconforts possibles liés à des désaccords lors des entrevues de groupe. Pour que les participants puissent s'exprimer plus librement, nous allons former deux groupes : professionnels et gestionnaires.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable de ce projet de recherche ou aux co-chercheurs. Si vous vous retirez du projet, l'information déjà obtenue vous concernant dans le cadre de ce projet sera détruite.

Confidentialité

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code et les données seront conservées sur le compte Lime Survey de l'Université. Les seules personnes qui y auront accès sont les chercheurs impliqués et l'assistant de recherche. La chercheuse responsable de ce projet de recherche utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le formulaire d'information et de consentement. Les données serviront également aux décideurs pour que ceux-ci soient plus en mesure de mettre en place les conditions de réussite face à l'implantation éventuelle du cadre de référence en éthique. Les résultats de la recherche ne permettront en aucun cas d'identifier les participants.

Les données de recherche pourront être publiées dans un rapport de recherche, des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Également, les données de recherche pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs. Par ailleurs, les données seront conservées pendant 5 ans après la fin du projet par la chercheuse responsable de ce projet de recherche et seront détruits par la suite dans le respect des règles en vigueur. Plus précisément, les enregistrements issus des groupes de discussion seront effacés et les verbatim seront déchiquetés. Pour ce qui est des questionnaires, le fichier sera effacé sur le site de sondage en ligne Lime Survey de l'UQO, de même que les données qui ont été transférées sur les ordinateurs des chercheurs pour effectuer les analyses statistiques.

Financement du projet de recherche

Le chercheur responsable de ce projet de recherche a reçu un financement de la Direction des programmes DI-DP-TSA du CISSS de l'Outaouais pour mener à bien ce projet de recherche.

Compensation

Aucune compensation financière ne vous sera versée pour votre participation à ce projet de recherche.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable du projet au numéro suivant :

Line LeBlanc, 819 595-3900 poste 2329.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant de recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services aux coordonnées suivantes :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Monsieur Louis-Philippe Mayrand
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
105, boulevard Sacré-Cœur
Gatineau (Québec) J8X 1C5
☎ : 819 771-4179 (sans frais : 1 844 771-4179)
📠 : 819 771-7611
✉ : louis-philippemayrand@ssss.gouv.qc.ca

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement ainsi qu'au protocole de recherche. Si vous désirez obtenir des informations supplémentaires pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez joindre le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche aux coordonnées suivantes :

Comité d'éthique de la recherche (CÉR)

CISSS de l'Outaouais
124, rue Lois, bureau 248
Gatineau (Québec) J8Y 3R7
☎ : 819 770-6528, poste 199
✉ : 07_csssg_cer@ssss.gouv.qc.ca
🌐 : www.csssgatineau.qc.ca

Titre du projet de recherche :

J'ai pris connaissance du formulaire consentement et je reconnais que le projet est clairement expliqué et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Dans l'éventualité où je participerais à une entrevue de groupe, je m'engage à garder confidentielles les données entendues et partagées lors cette rencontre.

Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées :

oui non

Anexo 2. Cuestionario Original

QUESTIONNAIRE VERSION GESTIONNAIRES⁵

Questionnaire sur les facteurs individuels et contextuels pouvant influencer l'implantation d'un cadre de référence en éthique clinique⁶ du CISSSO

Veuillez inscrire la DATE du jour où vous remplissez le questionnaire : ___/___/_____

Jour Mois Année

Bonjour,

Nous vous invitons à répondre à ce questionnaire qui permettra de connaître votre appréciation générale sur l'implantation éventuelle d'un cadre de référence en éthique clinique et votre opinion sur les facteurs individuels et organisationnels qui vont influencer ce processus. Nous poserons aussi quelques questions sur vos caractéristiques sociodémographiques. Avant de commencer, voici quelques consignes :

1. Le terme « cadre de référence en éthique clinique » désigne un document à l'intention des professionnels et des gestionnaires qui sera proposé par le comité d'éthique clinique du CISSSO.
2. Le terme « professionnel » signifie une personne en intervention directe auprès de la clientèle.
3. Il est très important de répondre à toutes les questions pour assurer la qualité de l'étude. Toutefois, votre participation demeure volontaire.
4. Veuillez répondre aux questions en cochant la case qui correspond le mieux à votre point de vue.
5. Veuillez sélectionner la rubrique NSP (« Ne s'applique pas ») lorsque vous n'êtes pas en mesure de répondre.
6. Pour faciliter la lecture, la forme masculine a été employée.
7. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Votre collaboration est vraiment très précieuse. Il est important pour nous d'avoir votre opinion puisqu'elle détermine la valeur de cette recherche. Nous vous remercions grandement de bien vouloir participer à ce projet!

Camila Aburto,
Candidate à la maîtrise en psychologie
communautaire
Universidad de la Frontera,
Chili

Line LeBlanc, Ph.D.
Professeure
Département de psychoéducation et de
psychologie
Université du Québec en Outaouais
(819) 595-3099 ext. 2329

⁵ Este cuestionario es la versión dirigida a los coordinadores de equipos, el instrumento aplicado a profesionales interventores presenta diferencias en la sección de liderazgo, ya que consulta la percepción de estos respecto a los coordinadores de equipo.

⁶ Inspiré de : Guilbert (2013); Ehrhart, Aarons & Farahnak (2014); Aarons, Ehrhart & Farahnak (2014)

A) Appréciation de l'idée d'implanter éventuellement un CADRE DE RÉFÉRENCE EN ÉTHIQUE

1. Questions sur votre opinion concernant les AVANTAGES relatifs d'avoir accès à un cadre de référence en éthique clinique

L'utilisation d'un cadre de référence en éthique clinique permettrait de ...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. garder le cap sur les valeurs énoncées et prônées par l'organisation	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. sortir de la réaction pour favoriser la discussion et la réflexion	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. faciliter la prise de décision vis-à-vis des problèmes complexes, délicats	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
d. remettre en question des règles établies lorsque celles-ci n'apportent pas de réponses satisfaisantes	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
e. avoir des outils pour prendre des décisions lorsque des dilemmes ou des conflits de valeurs surviennent	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
f. autres						

2. Questions sur votre opinion concernant la COMPATIBILITÉ d'un cadre de référence en éthique clinique avec vos valeurs, besoins et expériences, s'il était implanté.

L'implantation éventuelle d'un cadre de référence en éthique clinique ...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. correspond aux valeurs de l'organisation	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. répond à un besoin important de la direction des programmes DI-DP-TSA	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. répond à un besoin de connaissances et d'outils en éthique	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. s'inscrit en continuité avec la pratique courante	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
d. autres						

3. Questions sur vos EXPÉRIENCES ANTÉRIEURES face à l'éthique

J'ai de l'expérience avec la...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. recherche de principes éthiques pour guider la décision et l'action	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. réflexion éthique en équipe	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. discussion sur des enjeux éthiques	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
d. reconnaissance d'un dilemme éthique	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
e. résolution d'un dilemme éthique	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
f. autres						

4. Questions sur la COMPLEXITÉ PERÇUE face à l'idée d'implanter un cadre de référence en éthique clinique

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. Globalement, un cadre de référence en éthique clinique serait difficile à implanter	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

5.1 Un cadre de référence en éthique clinique pourrait être DIFFICILE à utiliser parce que...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. il serait compliqué de le mettre en pratique	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. il demanderait des compétences éthiques	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. les connaissances en éthique varient d'une personne à l'autre	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
d. il serait difficile de consacrer le temps nécessaire à son appropriation	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
e. autres						

5.2 En contrepartie, un cadre de référence en éthique clinique pourrait être FACILE à utiliser s'il...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. apporterait des outils concrets	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. proposerait un soutien éthique au niveau organisationnel	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. proposerait un contenu applicable à une diversité de situations	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

d. proposerait un contenu facile à comprendre	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
e. pourrait servir à former les intervenants novices	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
f. présenterait les contenus de manière logique et cohérente	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
g. autres						

B) Appréciations sur le CLIMAT en faveur des meilleures pratiques, de l'excellence

5. Dans quelle mesure la Direction des programmes DI-DP-TSA valorise l'utilisation des meilleures pratiques...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. un des objectifs de la direction des programmes DI-DP-TSA est d'utiliser efficacement les meilleures pratiques	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. les employés pensent qu'il est important d'implanter les meilleures pratiques	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. l'utilisation des meilleures pratiques est une priorité pour cette direction	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

6. Dans quelle mesure la Direction des programmes DI-DP-TSA offre un soutien pour implanter les meilleures pratiques ...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. elle propose des conférences, ateliers ou séminaires	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. elle offre de la formation sur les meilleures pratiques	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

c. elle met à la disposition du personnel le matériel et les documents nécessaires	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
d. autres						

7. Dans quelle mesure les professionnels qui ont tendance à utiliser les meilleures pratiques sont...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. considérés comme des experts cliniques	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. reconnus par la direction	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. plus susceptibles de se faire attribuer des mandats, ex. participation à des comités etc.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
d. autre						

8. La direction des programmes DI-DP-TSA a tendance à sélectionner le personnel en fonction de ...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. son adaptabilité	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. sa flexibilité	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. son ouverture aux nouvelles pratiques	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
d. autre						

C) Appréciations sur le LEADERSHIP en implantation des gestionnaires

9. En tant que gestionnaire responsable de l'implantation d'une nouvelle pratique vous avez tendance à...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
Proactivité						
a. élaborer un plan visant à faciliter sa mise en œuvre	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. réduire les obstacles pouvant nuire à sa mise en œuvre	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. établir des normes claires pour sa mise en œuvre	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
d. communiquer régulièrement concernant l'état d'implantation	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

10. En tant que gestionnaire responsable d'implanter une nouvelle pratique vous avez tendance à...

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
Connaissances						
a. posséder des connaissances sur celle-ci	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. répondre aux questions du personnel	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. savoir de quoi vous parlez quand vient le temps de résoudre des problèmes	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
d. renseigner le personnel sur l'utilisation de la nouvelle pratique	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

11. En tant que gestionnaire responsable de l'implantation d'une nouvelle pratique vous avez tendance à...

Soutien	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. reconnaître et apprécier les efforts déployés par les employés pour appliquer la nouvelle pratique	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. soutenir les efforts des employés pour en savoir plus sur la nouvelle pratique	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. soutenir les efforts des employés lors de l'utilisation de la nouvelle pratique	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

12. En tant que gestionnaire responsable de l'implantation d'une nouvelle pratique vous avez tendance à...

Persévérance	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalement en accord	NSP
a. persévérer malgré les hauts et les bas de la mise en œuvre d'une nouvelle pratique	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. relever les défis liés à la mise en œuvre d'une nouvelle pratique	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. reconnaître les enjeux concernant la mise en œuvre d'une nouvelle pratique en abordant ouvertement et efficacement le(s) problème(s)	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

D) Caractéristiques SOCIODÉMOGRAPHIQUES

- a. **Âge** : 18-29 ans 30-39 ans 40-49 ans 50-59 ans 60 ans et plus
- b. **Sexe** : Femme Homme
- c. **Nombre d'années d'expérience** : Moins de 5 ans 5-9 ans 10-14 ans
 15-19 ans 20 ans et plus
- d. **Profession** : Psychologue Psychoéducateur
 Travailleur social Ergothérapeute
 Technicien en éducation spécialisée ou en travail social
 Autre : _____
- e. **Secteur de pratique** : Di DP TSA Autre
- f. **Statut d'emploi** : Temps plein Temps partiel En congé temporaire
 Autre : _____
- g. **Plus haut degré de scolarité obtenu** : Secondaire V Collège technique/cégep
 Certificat universitaire de 1er cycle Baccalauréat Maîtrise Doctorat
 Autre : _____

V. QUESTIONS OU COMMENTAIRES SUR CETTE ÉTUDE OU AUTRE SUJET RELATIF À L'IMPLANTATION ÉVENTUELLE D'UN CADRE DE RÉFÉRENCE EN ÉTHIQUE CLINIQUE

Merci beaucoup d'avoir complété ce questionnaire jusqu'à la fin!

Anexo 3. Cuestionario traducido al español

Cuestionario sobre los factores individuales y contextuales que pueden influencia en la implementación de un marco de referencia en ética clínica en el CISSSO

Fecha: _____

Buenos días,

Les invitamos a responder el presente cuestionario, el cual busca conocer vuestra apreciación general en torno a la implementación de un futuro marco de referencia en ética para la intervención. Contemplando la percepción sobre las características de esta herramienta, los factores individuales y organizacionales involucrados de este, así como vuestras características sociodemográficas.

Antes de comenzar, algunas especificaciones:

El término «marco de referencia en ética» alude a un documento dirigido a profesionales y coordinadores de equipo para favorecer la integración de la ética en el quehacer cotidiano.

El término « profesional » puede significar interventor o clínico.

Es muy importante que responda todas las preguntas para asegurar la calidad del estudio. Aun así su participación es totalmente voluntaria.

Responda las preguntas marcando la casilla que mejor corresponda a su punto de vista

Seleccione NA ("No aplica") cuando no pueda responder.

Para facilitar la lectura, se ha utilizado un lenguaje masculino.

No hay respuestas correctas o incorrectas.

Vuestra participación es muy apreciada. Es importante para nosotros saber vuestra opinión ya determina el valor de esta investigación.

¡Muchas gracias por participar en este proyecto!

Camila Aburto
Candidata a magister en Psicología
Comunitaria
Universidad de la Frontera
Chile
(819) 595-3099 ext. 2329

Line LeBlanc, Ph.D.
Professeure
Département de psychoéducation et de
psychologie
Université du Québec en Outaouais

Apreciación sobre la idea de la eventual implementación de un MARCO DE REFERENCIA EN ÉTICA
Preguntas sobre vuestra opinión en torno a las VENTAJAS relativas de tener acceso a un marco de referencia en ética clínica.

La utilización de un marco de referencia en ética clínica permitirá...

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo	NA
a. alcanzar los valores de la organización	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. evitar la improvisación para favorecer la discusión y la reflexión	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. facilitar la toma de decisiones ante situaciones complejas y delicadas	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
d. cuestionar las reglas establecidas que no aportan respuestas satisfactorias	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
e. poseer herramientas para tomar decisiones oportunas ante dilemas o conflictos valóricos que puedan producirse	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
f. otras						

Preguntas sobre vuestra opinión respecto a la COMPATIBILIDAD de un marco de referencia en ética clínica con vuestros valores, necesidad y experiencias, si fuera implementado.

El marco de referencia en ética...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo	NA
a. Se corresponde con los valores de la organización	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. responde a una necesidad de la dirección de programas DI-DF-TEA	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. responde a la necesidad de conocimientos y de herramientas en ética	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
d. es pertinente a las prácticas que	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

actualmente se llevan a cabo						
d. otras						

Preguntas sobre la COMPLEJIDAD PERCIBIDA ante la idea de implementar un marco de referencia en ética clínica

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo	NA
a. Globalmente, un marco de referencia en ética clínica será difícil de implementar	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

5.1 Un marco de referencia en ética podría ser DIFÍCIL de utilizar porque...

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo	NA
a. será complicado ponerlo en práctica	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. demandará competencias éticas	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. los conocimientos en ética varían de una persona a otra	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
d. será difícil dedicar el tiempo necesario para su apropiación	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
e. otros						

5.2 En contrapartida, un marco de referencia en ética podría ser FÁCIL de utilizar si...

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo	NA
a. aportara herramientas concretas	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. propusiera un soporte ético a nivel organizacional	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. propusiera un contenido aplicable a la diversidad de situaciones	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

d. propusiera un contenido fácil de comprender	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
e. pudiese servir a los interventores novatos	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
f. presentara los contenidos de una manera lógica y coherente	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
g. otros						

B) Apreciaciones sobre el CLIMA ORGANIZACIONAL en favor de la utilización de mejores prácticas

En qué medida la Dirección de los programas DI-DP-TEA valoran la utilización de mejores prácticas...

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo	NA
a. uno de los objetivos de la dirección de programas DI-DP- TEA es utilizar eficazmente mejores prácticas	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. los empleados piensan que es importante implementar mejores practicas	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. la utilización de mejores prácticas es una prioridad para esta dirección	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

En qué medida la Dirección de programas DI-DP-TEA ofrece apoyo para implementar mejores prácticas...

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo	NA
a. propone conferencias, cursos prácticos o seminarios	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. ofrece formación sobre las mejores prácticas	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. pone a disposición del personal el material y los documentos necesarios	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
d. otros						

En qué medida los profesionales que tienen tendencia a utilizar mejores prácticas...

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo	NA
a. son considerados como expertos clínicos	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. reconocidos por la dirección	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. tienen más posibilidad de acceder a mandatos, ex. Participación en comités, etc.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
d. otros						

La dirección de programas DI-DP- TEA tiene tendencia a seleccionar el personal en función de...

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo	NA
a. su adaptabilidad	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. su flexibilidad	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. su apertura a nuevas prácticas	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
d. otros						

C) Apreciaciones sobre el LIDERAZGO para la implementación en por parte de los coordinadores de equipo⁷

Siendo coordinador de equipo y responsable de la implementación de una nueva práctica usted tiene tendencia a...

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo	NA
Proactividad						
a. elaborar un plan que facilite su implementación	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. reducir los obstáculos que pueden	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

⁷ En la versión dirigida a los profesionales interventores, esta sección pregunta sobre la percepción de estos respecto a los coordinadores

presentarse durante la implementación						
c. establecer normas claras para su implementación	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
d. comunicar regularmente el estado de la implementación	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

Conocimientos	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo	NA
a. poseer los conocimientos sobre la innovación	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. responder a las preguntas que realice el personal	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. saber de qué habla cuando es momento de resolver problemas	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
d. estar disponible para ayudar al personal en la utilización de la nueva práctica	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

Apoyo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo	NA
a. reconocer y apreciar los esfuerzos desarrollados por los empleados para aplicar la nueva práctica	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. apoyar los esfuerzos de los empleados en saber más sobre la nueva práctica	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. apoyar los esfuerzos de los empleados en la utilización de la nueva práctica	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

Perseverancia	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente De acuerdo	NA

a. perseverar a pesar de los altos y bajos de la implementación de una nueva práctica	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b. superar los desafíos vinculados a la implementación de una nueva practica	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c. reaccionar a los nudos críticos en la implementación de una nueva practica y abordarlos de manera eficaz	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

Características SOCIODEMOGRÁFICAS

- a. Edad : 18-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60 años y más
- b. Sexo : Mujer Hombre
- c. Años de experiencia: Menos de 5 años 5 a 9 años 10 a 14 años
 15 a 19 años 20 años y más
- d. Profession : Psicólogo/a Psicoeducador/a
 Trabajador social Terapeuta ocupacional
 Técnico en educación especializada o en trabajo social
 Otro : _____
- e. Departamento : DI DP TEA Otro
- f. Tipo de contrato : Tiempo completo Tiempo parcial temporal
 Otro : _____
- g. Grado de escolaridad : Secundaria Instituto técnico/ Cégep
 Certificado universtario de 1^{er} ciclo Licenciatura Maestría Doctorado
 Otro : _____

PREGUNTAS O COMENTARIOS SOBRE ESTE ESTUDIO U OTRO TEMA RELACIONADO CON LA POSIBLE IMPLEMENTACIÓN DE UN MARCO DE REFERENCIA EN ÉTICA CLÍNICA

¡Muchas gracias por completar este cuestionario hasta el final!

Anexo 4. Pauta de entrevista grupal

Introducción: Palabras de bienvenida, presentación de las investigadoras, explicación del procesos y los objetivos de la reunión, información sobre las técnicas de registro y consentimiento informado.

Breve presentación de la idea del marco de referencia en ética.

Discusión grupal:

I. ¿Un marco de referencia en ética es una idea apropiada para este contexto?

- a) ¿La presencia de un marco de referencia en ética es un asunto prioritario actualmente?
- b) ¿Nos ayudaría a alcanzar nuestros objetivos organizacionales?
- c) ¿Es compatible con nuestro rol, nuestros valores y nuestra cultura?

II. ¿Deberíamos implementar un marco de referencia en ética?

- a) ¿Cuáles serían los beneficios para cada grupo de actores implicados (coordinadores, profesionales) en comparación con las prácticas actuales?
- b) ¿Cuáles serían los recursos necesarios para su implementación (costos potenciales, materiales, humanos)?
- c) ¿Cuáles serías las condiciones para su éxito?

III. ¿Podríamos implementar un marco de referencia en ética?

- a) ¿Las partes involucradas están abiertas o listas para innovar?
- b) ¿Qué cambios serían necesarios de efectuar (estructura, personal, etc)?
- c) ¿Cuáles son los desafíos o los obstáculos potenciales? ¿Cómo podrían ser superados?

IV. ¿Cómo podríamos implementar un marco de referencia en ética?

- a) ¿Será posible solo ensayar su utilización?
- b) ¿Cómo podríamos adaptar un marco de referencia en ética a la realidad del contexto?
- c) ¿Cómo se podrían evaluar sus efectos?

Conclusión: Síntesis de las discusiones, agradecimientos y palabras de cierre.

Anexo 5. Libro de códigos

#	Códigos y sub-códigos	Definición
1	<u>Razonamientos</u>	Problemas abordados en la implementación el marco de referencia ético
1.1	Formación en ética no uniforme	Diferencias entre las formaciones y profesiones
1.2	Dificultad de integrar la ética e	Ética considerada como un dominio difícil de aplicar
1.3	Calidad de la atención y los servicios es afectada por un déficit de integración de la ética.	La ética y la calidad están estrechamente vinculadas.
1.4	Otros	
2	<u>COMPATIBILIDAD</u>	Coherencia del marco de referencia en ética (nivel de familiaridad)
2.1	Con el rol y las tareas	Funciones de los interventores o coordinadores
2.1.1	Respecto a la intervención	Vínculo con la toma de decisiones y las acciones en la intervención con los usuarios
2.1.2	Respecto a la estructura organizacional	Vínculo con la distribución del trabajo en la organización
2.2	Con los valores y creencias	Que es importante y que podría guiar las decisiones y las acciones
2.2.1	Bondad	Beneficia a los usuarios y su evaluación
2.2.2	Autonomía	Respeto a sus capacidades de toma de decisión
2.2.3	Justicia	Planificación y dispensación de los servicios de manera equitativa en consideración de los beneficios y los riesgos
2.3	Con las necesidades	Que los interventores van a satisfacer
2.3.1	Competencias	Conocimientos, habilidades y actitudes en ética
2.3.2	Dialogo entre profesionales	Comprensión común de las nociones
2.3.3	Clima	Aspiraciones, objetivos de la organización
2.4	Con las experiencias pasadas	Que los interventores han conocido o vivido
2.4.1	Prácticas actuales	Descripción del funcionamiento
2.4.2	Formación en ética	Formación recibida en el dominio de la ética (educativa u organizacional)
3	<u>VENTAJA RELATIVA</u>	Marco de referencia en ética versus las prácticas actuales
3.2	Beneficios	Que el marco de referencia en ética aportará a los interventores y coordinadores de equipo
3.2.1	Visión compartida	Conocimientos y comprensión
3.2.2	Herramientas concretas	Habilidades y actitudes
3.2.3	Apoyo organizacional a la ética	Establecer medidas de acompañamiento y procesos educativos que refuercen la ética

3.2.4	Desventajas	Consecuencias negativas
4	<u>COMPLEJIDAD</u>	Viabilidad de la implementación
4.1	Dificultad	Que podría complicar su utilización
4.1.1	Comprensión y aplicación	Formato y contenido
4.2	Facilidad	
4.2.1	comprensión y aplicación	Formato y contenido
5	<u>ADOPCIÓN HIPOTÉTICA</u>	Voluntad de intentar o no
8	<u>SISTEMA SOCIAL</u>	Condiciones organizacionales vinculados a una adopción hipotética
8.1	Facilitadores	Condiciones organizacionales favorables
8.2	Obstaculizadores	Condiciones organizacionales desfavorables
8.3	Desafíos o sugerencias	Modificaciones organizacionales necesarias