

**Casos “fallidos” en Protección Infantil: un método para aprender de los errores**

**Autor: Alberto Porras Luque. Psicoterapeuta. Técnico en Protección Infantil**

**Donostia 2015**

**RESUMEN**

En ocasiones las instituciones de protección infantil fallan a la hora de proteger a menores y éstos sufren las consecuencias. Es común que estos casos generen mucho malestar en las organizaciones, sin embargo, es menos frecuente que se realice un análisis serio de dichos casos con el objeto de mejorar el funcionamiento de esa organización. Estos análisis de casos son habituales en otros países y su eficacia como método de mejora tanto de las organizaciones, como de las decisiones que toman sus profesionales, ha sido ya probada. Por ello su aplicación se ha extendido de casos en los que el menor fallece o sufre lesiones graves a casos en los que simplemente “las cosas salieron mal”. Unos y otros son en definitiva “casos fallidos” de los que es posible aprender. El objetivo del presente estudio es doble: a) realizar una revisión bibliográfica que permita identificar y clasificar las claves del aprendizaje adquirido en otros países con el análisis de casos fallidos y b) disponer de una versión española de uno de estos métodos de análisis. El artículo muestra los resultados de la revisión bibliográfica realizada y presenta los resultados de la adaptación y aplicación de uno de estos métodos en una entidad pública de protección infantil.

**Palabras clave:** tomas de decisión, análisis de casos fallidos, aprendizaje organizacional

**ABSTRACT**

Sometimes, child protection institutions fail at the moment of protecting children and these last ones suffer the consequences. It's common that these cases cause a big unease to the organizations. However, it's less common to review these cases with the object of improving the running of this organization. These case reviews are

common in other countries and its efficiency as a method of organizations improvement has already been proven. That's why they have been extended not only to the study of cases with serious injuries for the children or death results, but also to the cases in which simply "things went out badly". This is what we call "unsuccessful cases". The aim of the present study is double: a) make a bibliographic revision that makes it possible to put into practice in our context the learning of other countries with this job analysis of the cases and b) to have a spanish version of one of these cases analysis method. The article shows the results of the bibliographic revision and presents the results of the adaptation and application in a public entity based in children protection.

**Keywords:** decision making, case review, organizational learning

Resulta fácil ponerse de acuerdo en que un factor clave para la adecuada protección de los menores en situación de desprotección hoy día consiste en contar con organizaciones de protección eficaces, cuyos equipos y profesionales sean capaces de realizar tomas de decisión correctas que permitan satisfacer de la mejor forma posible las necesidades de los menores protegidos. Queda por lo tanto fuera de duda el peso en Protección Infantil de los dos constructos citados: tomas de decisión eficaces y organizaciones eficaces. Se hace pues necesario conocimiento científico que permita operativizar estos dos constructos, para su uso diario por los profesionales que gestionan casos.

Debido a ello actualmente se da un creciente interés académico por el estudio de las variables en base a las cuales los técnicos en protección infantil toman sus decisiones con respecto a los casos. Estos estudios analizan a través de simulaciones de casos (viñetas) qué variables moderan la decisión final de los profesionales para emitir sus juicios sobre el caso y permiten valorar la pertinencia de dichas variables para la correcta toma de decisión. Ello aporta gran cantidad de conocimiento sobre qué elementos son claves en la toma de decisión, lo cual a su vez está permitiendo el desarrollo de herramientas de evaluación objetivas y de inestimable valor para aquellos que intervenimos con casos (Gobierno Vasco, 2011). Sin embargo, estos estudios y herramientas, no tienen en cuenta elementos organizacionales, presentes también en la toma de decisión (nivel de

carga de trabajo en el momento de la toma de decisión, cultura organizacional sobre el uso de los instrumentos y protocolos de trabajo que llevan a la toma de decisión, procedimientos utilizados para la recogida y análisis de la información previa a la toma de decisión, etc.) a pesar de que sí está clara la relación de las variables organizacionales con las individuales. En este sentido, resulta evidente que, en la medida en que la estructura y funcionamiento de una organización favorece fuertemente la comisión de errores en la toma de decisión, los elementos individuales que subyacen a esta toma de decisión (capacitación profesional, uso adecuado de conocimientos teóricos, entrenamiento, etc.) se ven relegados a un segundo plano y a la inversa. Por ello se hace necesario también un enfoque organizacional en el estudio de la eficacia de las tomas de decisión en protección infantil. Pese a su justificada necesidad, no conocemos ningún método de trabajo estructurado en España cuyo objeto sea analizar el comportamiento organizacional ante un caso para detectar elementos que favorecen las buenas y malas prácticas. Parecen por lo tanto más desarrollados los esfuerzos en identificar definiciones operativas para el constructo “toma de decisión” que para el de “organizaciones eficaces”. Eso hace razonables los esfuerzos que en este sentido se puedan dedicar para difundir lo que en otros contextos se ha realizado para concretar esta idea de “organizaciones eficaces”.

Aunque no es el único, un método usado para ello en los últimos años ha sido el de analizar casos fallidos bajo el prisma del “aprendizaje organizacional”, con el objeto de que experiencias negativas constituyan la base para mejorar el funcionamiento de las organizaciones. Este tipo de análisis permite evaluar en una organización concreta de forma natural, las variables organizacionales relevantes para la toma de decisión y ver cómo se articulan en un contexto real en un caso real.

Por ello el objeto del presente estudio es el de disponer de una versión española de uno de estos métodos de análisis de casos fallidos. Para ello se marcó un objetivo general y cuatro objetivos específicos:

## **Objetivos del estudio**

El objeto principal de este estudio es validar y presentar un método de trabajo que utiliza el análisis de estas situaciones adversas (casos fallidos) en Protección Infantil como elemento de aprendizaje organizacional, provocando que se conviertan en oportunidades de mejora de la organización de protección infantil, y de las prácticas profesionales de sus integrantes.

Este objetivo se operativizó en cuatro objetivos intermedios:

- Realizar una búsqueda bibliográfica de las conclusiones que diferentes estudios de casos fallidos han aportado en otros países sobre la mejora en las organizaciones y profesionales del ámbito de la protección infantil.
- Realizar una búsqueda de métodos de análisis de casos dirigidos al aprendizaje organizacional y seleccionar uno de ellos que haya sido probado en otros contextos para adaptarlo en España.
- Realizar una traducción-adaptación y una primera aplicación piloto de dicho método para valorar su eficacia.
- Contrastar si los resultados de la aplicación piloto son congruentes con los encontrados en la revisión bibliográfica: verificar si el método es útil para promover el aprendizaje organizacional.

## **Metodología de trabajo**

El trabajo realizado se enmarca dentro de la investigación aplicada. No se usaron técnicas experimentales en el estudio, sino que fue un trabajo teórico-práctico diseñado para cubrir los objetivos citados:

Para cubrir los dos primeros objetivos, se realizó una revisión bibliográfica de varios tipos de documentos: en primer lugar, documentos técnicos oficiales de Gran Bretaña y Estados Unidos sobre el análisis de casos fallidos y las conclusiones obtenidas por estos países tras tres décadas de realización de estos estudios; en segundo lugar, trabajos académicos sobre variables que inciden en la toma de decisión individual de un profesional ante un caso de desprotección infantil; y en

tercer lugar, trabajos dedicados a operativizar las dos cuestiones anteriores en métodos de análisis de casos cuyo enfoque sea el aprendizaje organizacional. Los resultados de esta revisión fueron clasificados en cuatro grupos claves: 1) lecciones de la revisión de casos fallidos en otros países, 2) factores que inducen a errores en la toma de decisión, 3) el aprendizaje organizacional y 4) selección de un método de análisis de casos fallidos centrado en el aprendizaje organizacional. Los contenidos de los tres primeros grupos se presentan en el apartado de resultados (pág. 6-15).

Para cubrir el tercer objetivo se seleccionó y tradujo uno de estos métodos y se hizo un pilotaje del mismo en el Programa de Infancia y Familia del Área de Bienestar Social del Ayuntamiento de Pamplona (programa que cuenta con unos cien profesionales aproximadamente) en el contexto de una evaluación de ese programa, para el cual se utilizó este método como herramienta de trabajo para la extracción de conclusiones dirigidas a la mejora de la organización. Este pilotaje supuso la traducción y adaptación del método original, resumido también en el apartado de resultados (pág. 15-20). Los autores agradecen al Ayuntamiento de Pamplona su disponibilidad para colaborar en este trabajo. Así mismo quieren reconocer la labor profesional de todos los integrantes del Programa de Infancia y Familia de dicho ayuntamiento, sin cuya gran disponibilidad y ayuda no habría sido posible este estudio. Estamos convencidos de que esta disponibilidad será también de gran ayuda para las familias con las que trabajan

Finalmente, para cubrir el cuarto objetivo se analizaron los resultados obtenidos tras esta traducción, adaptación y pilotaje. Se exponen y se analizan en el apartado de discusión bajo la óptica de la revisión bibliográfica previa para analizar la consistencia de nuestros resultados con otros estudios similares, así como de la aplicabilidad del método en nuestro contexto de intervención (pág. 20-25).

## Resultados I: La revisión bibliográfica: lecciones de la práctica

### *Lecciones de la revisión de casos fallidos en otros países*

La incapacidad de las organizaciones de protección infantil para proteger a algunos menores no es algo novedoso. Todos los profesionales de este ámbito conocen casos en los que se falló y no se pudo intervenir adecuadamente. Son casos “fallidos” que preocupan a profesionales y organizaciones y que son causa en muchas ocasiones del denominado “burnout” o estrés profesional. Además, en casos extremos acaban con lesiones graves en el menor o incluso su muerte, en España fallecieron 48 menores a manos de sus padres entre 2001 y 2004 (Centro Reina Sofía, 2006,2008; Nogueira, 2002).

En Estados Unidos y Gran Bretaña, ante cualquier muerte o lesión grave que un menor haya sufrido como consecuencia de un posible maltrato, los servicios sociales deben realizar un análisis oficial de qué sucedió con el objeto de corregir posibles errores organizacionales de la institución que protegía (al margen de las investigaciones criminales que puedan derivarse del posible delito). Son los llamados “Child Death Review” (en caso de resultado fatal) o “Serious Case Review” (en caso de producir lesiones graves pero no la muerte).

Su inicio se sitúa hace ya unos treinta años en el caso de Gran Bretaña, con la muerte de María Colwell, una niña de ocho años, que tras pasar su primera infancia en una familia acogedora de forma positiva fue devuelta a su madre biológica. La nueva pareja de la madre y padrastro de María la sometió durante mucho tiempo a severos malos tratos hasta que acabó con su vida. Este hecho provocó, además de la pertinente investigación criminal, un extenso estudio de la Secretaria de Estado para Servicios Sociales donde se analizaron las causas de la incapacidad del sistema de protección infantil para proteger a María (Secretary of State for Social Services, 1974) y fue el origen de la posterior realización de este tipo de análisis de forma oficial ante estas situaciones.

Desde entonces se han realizado múltiples estudios de este tipo, ya que desgraciadamente cada semana mueren en Gran Bretaña dos niños y en Estados Unidos veintisiete por causa de maltrato familiar. España muestra uno de los mejores datos de países civilizados en este sentido, con cifras nueve veces menores que las de Gran Bretaña (UNICEF, 2003), dato quizás influenciado por la menor capacidad de nuestro país para recoger datos de forma estructurada.

Para llevar a cabo estos análisis existen desde 1978 en Estados Unidos los llamados “Child Death Review Team”, equipos multidisciplinarios que analizan, entre otras cosas, todas las muertes infantiles debidas a malos tratos y que se encuentran en cincuenta estados de Estado Unidos y nueve provincias de Canadá (Bunting y Reid, 2005; Michigan public health institute, 2005). También existen desde hace años en Gran Bretaña los “Local Safeguarding Children Board”, equipos locales multidisciplinarios dirigidos a supervisar y promover la coordinación interinstitucional para la protección a la infancia. Entre sus funciones está la de realizar análisis de casos ante muertes o lesiones graves de menores a causa de maltrato familiar (Department for children, schools and families, 2010). Además, el Gobierno Británico emite de forma bianual un informe que analiza todos los informes individuales realizados a raíz del análisis de estos casos para comunicar algunas de las recomendaciones que de estos estudios se desprenden, de forma que se conviertan en directrices de trabajo nacionales (Sinclair y Bullock, 2002; Rose y Barnes, 2008; Brandon, 2009). Previamente a estos estudios estatales bianuales, varios autores habían realizado ya de forma independiente estudios que analizaban los resultados de múltiples análisis de casos (Reder, P y Duncan, S, 1999; Brandon, Owers y Black 1999). Además, se han promovido estudios que comparan cómo diferentes países realizan este tipo de trabajos (Axfor y Bullock, 2005).

De esta forma, el conocimiento aportado por los múltiples análisis de casos realizados se ha convertido en un cuerpo propio de literatura especializada tanto en Estados Unidos como en Gran Bretaña. Su revisión permitió extraer en un primer momento importantes conclusiones sobre cómo los individuos y las organizaciones evalúan casos y toman decisiones en situaciones de desprotección infantil y qué

factores inducen a los errores en la toma de decisión, lo que constituye una fuente de aprendizaje, cuyas conclusiones principales se resumen más adelante.

En un primer momento el plano individual prevalecía sobre el organizacional en este tipo de estudios y, pese a su indudable valor, también se identificaban algunos aspectos negativos de estos trabajos (Munro, 1994, 1996, 1999, 2004, 2005; Minuchin, 1985): a) en ocasiones están centrados en depurar responsabilidades individuales, b) no profundizan suficiente en las causas de los errores, c) no llegan a tener un impacto organizacional; es decir, no provocan cambios reales ya que tras su estudio las conclusiones no se aplican, y d) no adoptan una postura que permita la integración del análisis del papel que juega la propia institución en las dinámicas relacionales de la familia como un elemento más de trabajo; es decir, no tienen en cuenta que la institución pública también se convierte en una pieza más del entramado de relaciones familiares que construye lo que llamamos “el caso” y que, como tal, deberá ser analizada a la hora de tomar decisiones sobre las estrategias de intervención más adecuadas.

Para corregir algunas de estas limitaciones, en un segundo momento, algunos autores (Munro, E; 2005, Reason; 1997 y Fish, Munro y Bairstow, 2008) han señalado que este tipo de análisis debe trasladar su foco desde lo individual (quién hizo qué, qué elementos determinaron su comportamiento individual, etc.) hacia lo organizacional (qué elementos de la organización facilitaron que un profesional o equipo tomara tal o cuál decisión). Ello no implica que no pueda haber fallos humanos, sino que dichos fallos han de ser el inicio del análisis de casos y no el final o la conclusión. Este nuevo enfoque se ha dado en denominar aprendizaje organizacional; es decir, hacer que las organizaciones de protección infantil aprendan de sus errores para mejorar sus acciones. Este concepto ha sido clave en el desarrollo de estos métodos de análisis de casos en los últimos años. (Dekker, 2006; Bostock, Bairstow, Fish, Macleod, 2005).

Este nuevo enfoque se ha extendido desde el análisis de casos muy graves hacia casos en los que simplemente las cosas salieron mal, lo que hemos denominado “casos fallidos”, ya que, si el foco es el aprendizaje organizacional, el grado de las lesiones que el menor haya sufrido como consecuencia de la incapacidad del



sistema es secundario, en el sentido de que cualquier caso fallido puede aportar lecciones importantes. Además, en ocasiones fallos leves provocan grandes daños y fallos graves no provocan daños. Desde 2010 el Gobierno Británico ha asumido esta perspectiva y en sus directrices estatales sobre análisis de casos incide en la adopción por parte de los evaluadores de una perspectiva basada en el aprendizaje organizacional (Department for children, schools and families, 2010).

#### *Factores que inducen a errores en la toma de decisión*

La experiencia inglesa y americana con respecto al análisis de casos fallidos ha producido una importante literatura especializada cuya lectura, aunque continúa estando excesivamente centrada en casos con resultado de muerte o lesiones graves, permite extraer conclusiones importantes sobre cómo funcionan las organizaciones de protección infantil y sus profesionales a la hora de tomar decisiones y qué elementos de este funcionamiento facilitan la comisión de errores. Parece interesante recoger dichas conclusiones, ya que: a) permitirá contrastar si en la adaptación española surgen cuestiones similares, y b) si es así, utilizarlas como guía general para organizaciones de protección infantil que deseen mejorar su capacidad protectora/reparadora. No obstante, no se debe perder de vista que cada organización que desee aprender de sus errores, debería evaluar su funcionamiento individual a través de métodos como el que propondremos más adelante. Sólo de esta forma se producirá un aprendizaje organizacional real.

Los factores que la literatura recoge como facilitadores de errores pueden agruparse en varias categorías:

- *Características de la familia:* Aunque es difícil dibujar un perfil de familia proclive a provocar lesiones graves o incluso la muerte a uno de sus hijos, sí se pueden extraer de algunas revisiones de caso (Brandon y otros, 2008; Brandon y otros 2009) varios elementos que pueden facilitar estas situaciones: a) la gran mayoría de estos casos suceden a niños pequeños (de menos de cuatro años), b) las dos variables familiares más asociadas a este tipo de incidentes en el informe sobre “serious case reviews” en Reino Unido de 2005-2007 fueron la existencia de violencia doméstica y la existencia de problemas de salud mental en los padres; c)

muchos de estos casos están en el límite entre niveles de gravedad y competencias de atención; es decir, son casos en los que hay mucha preocupación, pero no hay información clara que apunte a una toma de decisión contundente sobre la actuación a desarrollar, d) aunque la mayoría se producen por agresiones físicas, muchos de ellos (una cuarta parte aproximadamente en algunos estudios) son accidentes domésticos ocurridos en el contexto de un negligencia familiar previa a dicho accidente, y e) Minuchin señaló ya en 1984 (Minuchin, 1985) que familias sometidas a una gran presión externa de instituciones de protección pueden proyectar su ira hacia la institución en el menor señalado como causa de la intervención institucional y agredirle seriamente.

- *Características del funcionamiento individual de los profesionales:* como ya se ha dicho la detección de errores individuales de profesionales ha de ser el inicio de las investigaciones, no su resultado final. Es decir, debemos preguntarnos ¿Por qué falló ese profesional? Se han detectado en este sentido algunos elementos que favorecen las conductas erróneas. En primer lugar, un estudio realizado en Gales en el que se revisaron todos los informes existentes sobre menores que murieron o sufrieron lesiones graves (N=10) entre 1996 y 1998 (Brandon, M, Owers, M y Black, J. 1999) detectó algunos aspectos de las competencias individuales que provocaron que en los diez casos mencionados se cometieran errores importantes: a) manejo del rol profesional (qué tipo de profesional soy y cómo se supone que debo actuar en mi relación con otros profesionales), b) manejo de la asertividad (cómo le indico a un colega de otro equipo o institución que no estoy de acuerdo con su planteamiento sin que ello suponga un conflicto que paralice el caso), y c) relativos al entrenamiento (la formación recibida por los profesionales y la capacidad de los superiores de detectar sus necesidades formativas).

En segundo lugar, algunos autores como Munro, Fish y Bairstow (en Arruabarrena, M.I 2010), han tratado de aplicar los conocimientos que sobre el tipo de razonamiento humano existen (cómo pensamos típicamente los humanos) al contexto de la protección infantil para detectar elementos de razonamiento típicos del día a día que pueden provocar tomas de decisión erróneas. Entre ellos destacan los siguientes: a) resistencia a tomar decisiones difíciles, que supone que es más

probable que adoptemos una decisión que creemos más fácil que otra que sabemos más costosa, b) visión de túnel, según la cual cuando el profesional está saturado de trabajo es fácil que tenga en cuenta sólo algunas de las posibles opciones (las más familiares) a que se tome la molestia de analizar todas las posibles; esto reduce su campo de visión y tiende a tomar decisiones sólo a corto plazo en lugar de analizar la protección del menor como algo a largo plazo (“tengo que protegerle ahora de esto y luego ya veremos”), c) incapacidad para revisar juicios y planes, que señala la tendencia del ser humano a prestar más atención a la información que apoya sus percepciones previas que a la que las desafía (registrada en la literatura ya desde Francis Bacon); esto hace que en la toma de decisión los profesionales obvian información relevante que desafía su hipótesis sobre la familia, d) razonamiento post-hoc; es decir, la tendencia a decidir algo de forma rápida sin pensarlo y buscar luego argumentos que apoyen dicha decisión, e) acomodación al fracaso, por la que especialmente en casos de negligencia crónica donde la conducta parental inadecuada no es grave y puntual, sino moderada y continua, el profesional se habitúa a determinados comportamientos no adecuados que pueden producir grandes daños, y f) deslizarse hacia el error, cuando en ocasiones los profesionales adoptan comportamientos que saben son inadecuados, pero en ese momento son más rápidos. Si en el momento no se genera una consecuencia negativa, se corre el riesgo de que ese comportamiento se generalice y pase a ser el habitual, ya que es menos adecuado pero más rápido o cómodo.

Arad-Davidzon y otros (2008) han señalado también que las percepciones que los profesionales que toman decisiones tienen sobre los recursos influyen en la toma de decisión a la hora de derivar al menor hacia dicho recurso (por ejemplo: entre profesionales más críticos con la eficacia del acogimiento residencial, la toma de decisión de separación familiar e ingreso en un centro de acogida de un menor será menos frecuente que entre aquellos que lo consideren como un recurso positivo).

Por último, varios autores señalan la pertinencia de disponer de modelos de toma de decisión adecuados, que partan de un buen análisis del riesgo, para evitar errores en las decisiones adoptadas, especialmente en aquellas difíciles como la separación del menor de su familia (De panfilis y Scannapieco, 1994; De panfilis y zuravin, 2001;

De panfilis, 2006; Gambrill y Shlonsky, 2001; Mandel y otros, 1994; Mccue y otros 2011; Morton y Holder, 1997; Morton y Holder, 2000; Thoma, 2002; schuerman y otros, 1999).

▪ *Calidad de las valoraciones sobre la existencia y gravedad de la desprotección.* También se ha estudiado cómo se recoge la información necesaria para tomar las decisiones. Es decir, la calidad de las valoraciones. En este sentido, Sinclair y Bullock (2002) señalan tras revisar cuarenta informes de casos en los que los menores murieron o sufrieron lesiones graves, que en veintitrés de ellos (57%) las valoraciones realizadas no eran adecuadas. Reader y Duncan (1999) en un libro ya clásico y muy citado, analizaron cuarenta y nueve casos en los que murieron cincuenta y un menores y llegaron a la conclusión de que este tema es tan importante que le dedicaron un capítulo específico en su libro sobre las conclusiones de estos análisis. En él indican algunos elementos que favorecen valoraciones incompletas: a) disonancia entre valoración y acción, ya que los autores encontraron que varias valoraciones no llegaron a materializarse en un plan de acción coherente debido a desacuerdos profesionales sobre cómo aplicar el plan. Para evitar dichos desacuerdos las valoraciones han de basar sus orientaciones en elementos concretos y objetivables (aquí nace la importancia en nuestro ámbito del correcto diseño de objetivos de intervención, aspecto en nuestra experiencia muy poco desarrollado en la mayoría de instituciones de protección), además han de plantear orientaciones realistas que incluyan indicadores de éxito o fracaso en el desarrollo del plan, b) valoraciones no realizadas o realizadas de forma totalmente insuficiente, pues uno de los fallos más habituales encontrados por los autores de estos estudios fue el de no realizar valoración alguna que sustente la toma de decisión, c) infravaloración de indicadores de riesgo, ya que en ocasiones, informaciones importantes sobre el riesgo que corre el menor son obviadas por los profesionales en las valoraciones (el mecanismo de incapacidad para revisar juicios y planes descrito antes podría explicar este comportamiento), y d) valoraciones paralizadas, pues en ocasiones los profesionales que valoraban la seguridad de un menor cambiaron su foco de forma repentina al detectar, por ejemplo, un problema de salud mental sin diagnosticar en los padres. Esto hace que su preocupación por el menor

pasase implícitamente a un segundo plano y el foco se centrarse en la salud mental de los padres.

Este tema se mostró tan relevante que en el Gobierno Británico diseñó en 2000 un modelo de proceso de valoración que trata de corregir estos errores y que todos los profesionales de protección infantil han de seguir en el Reino Unido (Department of Health, 2000; Department of Health, 2001). En nuestro contexto no conocemos referencias de este tipo de ámbito nacional, aunque sí cabe señalar que algunas comunidades autónomas han empezado ya a desarrollar instrumentos propios de evaluación de la gravedad de la desprotección, con el objeto de mejorar y homogeneizar los procesos de toma de decisión derivados de la evaluación de la gravedad del maltrato (Gobierno Vasco, 2011).

*Contexto Organizativo:* se encuentran aquí los elementos organizacionales generan mayor probabilidad de errores en los profesionales según los estudios revisados al efecto (Munro,1999; Glisson, C y Hemmerlgarn, A, 1998; Glisson, C, Dukes, D y Green, P, 2006): a) carga de trabajo profesional, la mayoría de errores con consecuencias graves (un tercio según Reader y Duncan, 1999) se producen en situaciones de carga de trabajo excesiva y/o puestos de trabajo sin cubrir adecuadamente por vacaciones o bajas, b) supervisión interna, la inexistencia de puestos profesionales cuya función no sea atender casos, sino supervisar cómo lo hacen otros o la poca representatividad de estos puestos en una organización generan mayor probabilidad de errores, c) las percepciones que manejan los profesionales de una organización, por ejemplo sobre la eficacia del acogimiento residencial (si lo consideran ineficaz se realizarán menos medidas protectoras en ese sentido), d) formación, el entrenamiento con que cuentan los profesionales de una organización para realizar sus funciones es un elementos clave, e) la disponibilidad de recursos para el tratamiento es un elemento evidente para reducir errores que han señalado estos estudios, ya que en ocasiones, el daño se produjo debido a que el menor se encontraba en “el mejor de los tratamientos disponibles” que estaba claro que no era el adecuado, y f) clima y cultura organizacional: entendiendo por clima el impacto psicológico individual del entorno profesional en los técnicos y por cultura las expectativas organizacionales sobre cómo se ha de

comportar un determinado profesional. El manejo que de estos dos aspectos se hace en los equipos de protección infantil incide en gran medida en el número de conflictos de roles y la presencia de estrés profesional en dichos equipos (Glisson, Dukes y Green, 2006), lo que su vez ya se ha visto que está en la base de algunos errores habituales. En este sentido un clima de culpabilización ante errores individuales puede generar una cultura organizacional en la que se espera que cuando un profesional se equivoca, minimice o incluso oculte su error, lo que impide extraer conclusiones que mejoren la práctica. Por último, es recomendable no olvidar que la gestión del estrés por parte de los responsables de programas debe ser un objetivo crucial, ya que parece incidir en gran medida en la toma de decisiones erróneas. Hoy día pueden encontrarse manuales de gestión de recursos de protección infantil que incluyen capítulos al efecto (Scragg, 2009).

- *Procedimientos de trabajo:* aunque puede ser considerado como un elemento más dentro del contexto organizativo, hemos optado por darle entidad propia, ya que nos parece que tiene gran relevancia en la documentación revisada y nos muestran importantes mecanismos que inducen a error y que tienen que ver con algo tan frecuente como el uso de instrumentos y protocolos de trabajo: a) rigidez de procedimientos: un comportamiento organizacional típico ante tragedias es crear protocolos sobre cómo actuar y someter a los profesionales a elevada presión para cumplirlos (Munro, 2005). Esto genera un clima organizacional de presión elevada que puede generar una cultura organizacional en la que se priorice cumplir los procedimientos antes que actuar correctamente. Es decir, los procedimientos han de ser guías, pero no sirven para todos los casos, no existe un procedimiento adecuado para la totalidad de casos de protección infantil, b) fallos en los procesos de notificación: ausencia de protocolos homogéneos (o no cumplimentación de los existentes) que recojan una información mínima para poder iniciar una trabajo de valoración. Esta información ha de ser relevante para los servicios de protección infantil, ya que los estudios señalan que es conveniente detectar si de alguna institución en concreto llegan notificaciones de peor calidad para trabajarlo, c) calidad de la información contenida en informes y expedientes del caso: los expedientes son a menudo largos y laboriosos de leer, en ocasiones se detecta que información importante es omitida, ya que se percibe su cumplimentación como un

proceso burocrático y lento. Esto provoca que determinadas tomas de decisiones omitan información importante, y d) diseño de umbrales de actuación, que ayuden a determinar ante qué hechos o situaciones se deben poner en marcha un tipo u otro de decisiones. El diseño de indicadores de riesgo a partir de los cuales los profesionales se tienen que hacer determinado tipo de preguntas ayuda a la correcta toma de decisión.

- *Coordinación inter-instituciones:* un elemento de gran importancia de la mayoría de los estudios consultados fue la calidad de la coordinación entre las instituciones, ya que en muchos casos déficits en este área se consideraron elementos facilitadores del daño al menor: a) no notificación a Servicios Sociales de casos graves por parte de otras instancias, b) realización de comunicaciones informales entre instituciones que no llegan a concretarse en un plan de trabajo común, lo que genera descoordinaciones y “vacíos” en la atención recibida por la familia, se recomienda que estos contactos sean formales y acaban en acuerdos concretos plasmados en planes de acción, c) necesidad de un coordinador de caso como profesional encargado de coordinar las distintas acciones que los diferentes profesionales realizan sobre el caso (Brandon, 2008). Estos estudios han mostrado que en muchas ocasiones esta figura coordina sólo a los profesionales de su propio sistema (Servicios Sociales), pero rara vez tiene influencia real sobre profesionales de otros sistemas, cuya intervención sobre el caso es a veces muy importante. En definitiva, los fallos en la transmisión de información sobre el caso y la negociación de planes de acción conjuntos parecen ser los principales déficits de este ámbito.

#### *Aprendizaje organizacional*

Como puede verse son muchos los elementos que pueden estar tras un caso fallido y es por ello importante que cada institución realice su propio análisis para identificar cuáles le son más familiares o detectar otros nuevos. Sin embargo, los resultados son concluyentes en un sentido: la pertinencia de adoptar una perspectiva de aprendizaje organizacional en el análisis de casos fallidos.

Aunque este enfoque ha sido rescatado tardíamente en la literatura sobre revisión de casos, constituye quizás la mayor fuente de aprendizaje para los profesionales y

organizaciones. Por un lado, el hecho de que las características organizacionales de las instituciones de protección infantil influyen en los resultados que se obtienen con las familias atendidas ha sido corroborado por varios estudios (Glisson, C y Hemmerlgarn, A, 1998; Glisson, C, Dukes, D y Green, P, 2006). Por lo tanto incorporar esta perspectiva a los métodos de análisis de casos fallidos parece algo razonable. Para ello estos métodos habrán de estar focalizados, no en buscar quién falló a la hora de proteger al menor, sino qué elementos de la organización facilitaron que esas personas fallaran y cómo corregirlos para que otras personas que ocupen ese puesto no sufran la misma “presión facilitadora” para cometer ese error. En este sentido, revisar cuál fue el clima organizacional, la coordinación entre organizaciones, los procesos internos de trabajo, etc., será de especial relevancia (Word y Cook, 2002; Reason y Hobbs, 2003). Este aspecto parece haber cobrado fuerza en la metodología de revisiones de casos en los últimos años, ya que es ampliamente citado y fue clave en la selección del método que se mostrará más adelante. Dicho enfoque es además el que ha permitido abrir estos procesos de análisis de casos, desde casos con resultado de muerte o lesiones graves hasta casos fallidos.

Por otro lado, incluir en los análisis de casos una visión en la que las instituciones no sólo se consideren meras observadoras de los acontecimientos y extraigan conclusiones sobre aspectos como los citados arriba (“pudimos actuar antes”, “no nos comunicamos bien”, “no teníamos información de calidad en los expedientes”, etc.), sino que se consideren participantes de la situación que originó el caso fallido, provocará también preguntas con mucho poder de aprendizaje (“¿qué mensaje tiene para la familia la conducta agresiva?”, “¿cómo participa la institución de ese mensaje?”, “¿qué contra-mensaje se quiere dar desde los servicios de protección?”). Este segundo aspecto no es tan citado en la literatura de protección infantil (aunque sí en la literatura de terapia sistémica) y cuando lo hace es para reclamar su todavía práctica inexistencia (Akister, 2006; Coletti y Linares, 1997).

Por este motivo elegimos un método de análisis de casos que se centra en el aprendizaje organizacional.



## Resultados II: Adaptación española del método “learning together to safeguard children: developing a multi-agency systems approach for case reviews (Fish, S., Munro, E. y Bairstow, S., 2008)

El método elegido ha sido diseñado por el Social Care Institute for Excellence de Gran Bretaña y sus autores tienen una sólida trayectoria tanto en el uso de estos métodos, como en el análisis de la calidad de las tomas de decisión en protección infantil. Esta experiencia les llevó a realizar el diseño de un método, que ha sido pilotado con varios casos en diferentes instituciones de protección infantil de Gran Bretaña y tras dichos pilotajes se preparó el diseño final. El resultado es el método que ahora presentamos. Debido a la extensión de este artículo, no vamos a describir los detalles del método, sino a dar una idea general de su contenido, forma de uso y resultados en nuestra aplicación piloto.

La estructura básica del mismo es simple: se han de seguir varias fases de trabajo de manera ordenada y usar una serie de instrumentos concretos. Estas fases son: 1) preparación del caso y de los participantes, 2) recogida de información, 3) organización y análisis de la información, 4) contraste de las conclusiones y 5) aportación de recomendaciones. El uso del método implica por lo tanto el estudio previo del mismo, la traducción y uso de los instrumentos de trabajo y la asimilación de una serie de conceptos previos que subyacen en la aplicación del método y que se explicarán brevemente más adelante.

A continuación describimos tanto el contenido general de cada una de estas fases según su diseño original, como lo que fue nuestro pilotaje del método en concreto:

### *Preparación*

Dentro de esta fase son necesarias una serie de tareas dirigidas a seleccionar un caso adecuado y a preparar a los participantes del estudio para el mismo:

- *Selección del equipo evaluador.* Debe de ser un equipo (y no una única persona), preferentemente externo a la organización. En nuestro caso el equipo evaluador se compuso por dos personas ajenas a la organización.

- *Selección del caso que va a ser revisado.* Caso que deberá generar preguntas interesantes para la organización y no tiene por qué ser con resultado fatal para el menor. Para la adaptación se seleccionó un caso fallido y cerrado en el que, aunque no hubo lesiones graves ni resultado de muerte en el menor, todos los profesionales coincidían en que fue un caso en el que la organización fracasó a la hora de proteger a los menores y los profesionales “se quemaron”. Este caso generaba preguntas en la organización del tipo ¿es buena nuestra coordinación con los servicios especializados?, ¿usamos las estrategias de intervención correctas con la familia?, ¿disponemos de recursos suficientes?, ¿es buena nuestra coordinación interna?, etc.
- *Selección de los participantes.* Se debe incluir tanto a profesionales que hayan mantenido contacto directo con la familia, como a responsables de equipo, supervisores, servicios externos que hayan trabajado con el caso, etc. Es recomendable que la familia participe también en la medida de lo posible, aunque éste no fue nuestro caso. En la adaptación se entrevistó a una trabajadora social, dos educadoras familiares, un psicólogo y una abogada que estuvieron trabajando en el caso seleccionado. También se realizaron como parte del trabajo de evaluación, entrevistas con la totalidad de equipos y niveles de trabajo de la organización (Dirección, responsables de programas, etc.), en total diecisiete entrevistas o grupos de trabajo.
- *Preparación de los participantes.* En un encuentro presencial antes de la recogida de información con los participantes se debe aportar una explicación clara del proceso, así como la confidencialidad del trabajo (se elaborará un informe con las conclusiones sin especificar concretamente quién aportó la información). En nuestro caso fue un encuentro grupal con todos ellos.
- *Preparación de los instrumentos de trabajo:* la aplicación de este método requiere la traducción y uso de una serie de instrumentos de trabajo que los autores originales incluyen en su método y que son las herramientas con las que se ha de recoger y organizar la información para el estudio del caso. En concreto se aportan instrumentos para: a) preparar a los participantes para el estudio, b) estructurar las entrevistas y dotarles de un clima adecuado, c)

recoger la información relevante de las entrevistas para su posterior análisis, d) analizar por qué los profesionales actuaron como lo hicieron, y e) analizar cómo la organización contribuyó a que el profesional actuara de una determinada forma.

### *Recogida de información*

Ya que el método se basa en la recogida de información de profesionales, es fundamental crear un clima de respeto y confianza en dicha recogida de información. Expresiones como “error” o “mala práctica” deben ser evitadas. Existen tres fuentes de información claves:

- *Documentación contenida en los expedientes*, que podrá consultarse por el equipo evaluador con los objetivos de hacerse una idea del caso y constatar la información aportada por los profesionales. Además, la forma de recoger la información en el expediente aporta datos sobre la cultura de la organización en lo que a procedimientos de trabajo se refiere.
- *Entrevistas individuales semi-estructuradas y confidenciales a profesionales*, dirigidas por dos evaluadores. La estructura de estas entrevistas implica el manejo de algunos conceptos previos por parte de los evaluadores: episodios críticos, pensamiento concreto, factores inductores, patrones generales subyacentes, etc.

Dicha estructura es la siguiente: tras lograr un clima adecuado de trabajo y confianza (fase 1), se solicita al entrevistado que realice un resumen de su recuerdo sobre el caso, así como su intervención en el mismo (fase 2). Posteriormente, se requiere la selección de dos momentos clave o episodios críticos que, a su juicio, hubieran sido decisivos en el devenir del caso, ya que marcaron la trayectoria de la intervención, (fase 3). Se solicita que desgranen cada uno de esos episodios críticos en dos fragmentos que pueden ser tanto positivos, como negativos y describa su actuación en ellos para ver cuál ha sido su forma de pensar en ese momento (fase 4) y en base a qué información ha adoptado dicha forma de pensar (pensamiento concreto).

Después (fase 5) se pide que identifiquen cuáles pueden haber sido los factores determinantes (inductores) para su actuación en dichos fragmentos para lo que se aportan ejemplos de lo que se entiende por factores inductores (por ejemplo: carga de trabajo, formación sobre el tema, diferencias de opinión en el equipo, etc.).

Una vez analizados los episodios críticos, el pensamiento concreto y los factores inductores, se trata de identificar cosas que salieron bien y por qué, recogiendo sus aportaciones sobre fortalezas del sistema y necesidades de cambio en dicho sistema. Por último, el equipo evaluador hace un resumen de la entrevista mantenida requiriendo al entrevistado su conformidad con la información recogida. También se comprueba en este momento la opinión del entrevistado sobre la generalización de lo hablado a otros casos. Este elemento se muestra muy importante, ya que al usar un único caso para extraer conclusiones, es necesario tener siempre presente si éstas son generalizables o no.

- *Entrevistas a responsables de la organización:* aunque no tuvieran relación directa sobre el caso y por lo tanto la entrevista no girara sobre el mismo, se recomienda realizar entrevistas con los responsables de la organización para recoger información sobre la estructura organizativa de la misma y los elementos que se consideran más facilitadores o entorpecedores de las buenas prácticas profesionales. En nuestro caso se han realizado entrevistas con todos los responsables del servicio no sobre el caso, sino sobre la organización, aunque también es posible solicitar a dichos responsables que estudien el caso y emitan su propia opinión al respecto.

#### *Organización y análisis de la información*

Una vez realizadas las entrevistas, la propia estructura de las mismas aporta un modelo de organización de la información que ayudará al equipo evaluador a hacer su análisis. Dicho análisis sigue el siguiente método:

- *Rescatar las diferentes perspectivas.* Se trata de analizar las diferentes visiones del caso, sus diferencias, similitudes, etc., sin considerar de momento la opinión de los evaluadores. Es importante tener en cuenta que

no se trata de integrar todas las diferentes perspectivas de cada profesional, sino de considerarlas por separado.

- *Identificar los episodios críticos y los factores inductores.* Del análisis anterior se identifican los diferentes episodios críticos, factores inductores, formas de razonamiento de los profesionales, etc., que se fueron recogiendo en notas.
- *Redactar los análisis.* Una vez realizados los dos pasos anteriores se está en condiciones de elaborar unas fichas individuales de cada entrevistado donde se recoge: 1) episodios críticos, 2) fragmentos de dichos episodios y actuaciones en dichos fragmentos, 3) valoración de los evaluadores de la adecuación o no de dichas actuaciones, y 4) factores inductores.
- *Identificar y priorizar los patrones subyacentes generales:* Tras revisar las conclusiones sobre el caso de los individuos y la valoración de los evaluadores sobre sus actuaciones, es el momento de extraer conclusiones sobre la organización. Para ello se identifican patrones subyacentes, es decir, los elementos organizacionales que favorecieron o entorpecieron los factores inductores (qué elementos de la organización tuvieron relación con los motivos detectados antes para que los profesionales actuaran de una forma u otra).
- *Revisar los datos y los análisis.* Estos patrones generales subyacentes constituyen la base de las conclusiones que se obtuvieron a través del caso sobre la organización, identificando y priorizando aquellos que son realmente generales a la organización (y por tanto afectan a todo el sistema) y que se mantengan dentro del funcionamiento del servicio (que tengan sentido en el momento actual y de cara al futuro diseño de nuevos servicios).

#### *Contraste de las conclusiones*

El punto anterior implica la redacción de estas conclusiones, que han de ser posteriormente contrastadas con los informantes. En nuestro caso se redactó un informe preliminar y se convocó una reunión grupal con todos los entrevistados con

el objeto de contrastar estos resultados, así como recoger nueva información o modificar la existente. Tras dicha reunión se dispone ya de los resultados definitivos.

#### *Aportación de recomendaciones*

La identificación de patrones generales subyacentes permite localizar aquellos elementos de la organización que necesitan trabajarse en profundidad. Esto permite hacer recomendaciones para optimizar los elementos positivos y minimizar los negativos. Para ello y siguiendo el método original, se tuvo en cuenta que estas recomendaciones cumplieran las siguientes características: específicas, medibles, alcanzables, realistas y planificadas en el tiempo.

### **Discusión**

#### *Validez y utilidad del método*

La aplicación del método permitió confirmar un resultado encontrado en muchos otros estudios similares: aunque los resultados no fueran positivos, los profesionales hicieron un gran esfuerzo para resolver el caso e implementaron las mejores herramientas a su disposición. Sin embargo, el objetivo básico de esta validación fue el de comprobar si el método usado permite el aprendizaje organizacional y mejora la toma de decisión en una organización de protección a la infancia. A este respecto, la aplicación del método permitió extraer conclusiones importantes sobre patrones generales subyacentes al funcionamiento organizacional que facilitaban tomas de decisión erróneas y por lo tanto, la aparición de casos fallidos y que además, eran corregibles. Por ello se considera contrastado que es posible realizar una mejora organizacional mediante el análisis sistemático de un caso fallido con el método presentado. Como ejemplos de ellos citaremos algunos de estos patrones que encontramos en nuestro estudio (los autores originales del método los clasifican en categorías que hemos respetado, adaptándolas a nuestro contexto):

*Patrones en el uso profesional de los instrumentos de trabajo:* el análisis del caso obligó a plantearse algunas preguntas interesantes a este respecto, como por ejemplo: “¿cuál era la percepción que tenían los profesionales sobre la utilidad de los instrumentos de trabajo (modelos de informes, etc.)?”, “¿se usaban eficazmente

estos instrumentos?” Los resultados del análisis de este caso mostraron que la percepción que tienen los profesionales de los diferentes protocolos e instrumentos de trabajo (utilidad, contenidos, etc.) influye en cómo se cumplimentan estos instrumentos. Por ejemplo, se detectó en el expediente información repetida en muchas ocasiones a lo largo de diferentes años y no actualizada. Tras ser analizado y contrastado con los profesionales se detectó un patrón subyacente bajo el cual ante casos difíciles y complejos la urgencia del caso impide pararse a re-valorar la situación y añadir nueva información al expediente, modificar o comprobar la existente, etc., ya que lo importante es centrar todas las energías en la atención directa del caso. Esto facilita la omisión de información importante en tomas de decisión, información que estaba detectada y recogida por uno o varios profesionales, pero que no se incluía o destacaba en el expediente y por lo tanto, era omitida meses después en una toma de decisión importante. También facilitaba que los informes de planificación de la intervención (planes de caso) contuvieran casi la misma información que los de seguimiento de esa planificación (revisiones de los planes de caso). Se identificó una percepción de los modelos de informes como útiles, pero cuyo uso es “secundario” a la atención de la familia, especialmente en casos complejos y difíciles de abordar. Sin embargo, los datos mostraron que su uso inadecuado incidió en el tipo de atención prestada a la familia. La movilidad profesional también se mostró como un elemento entorpecedor del adecuado uso profesional de los instrumentos de trabajo, ya que los cambios profesionales implicaban también pérdida de información.

*Patrones en la organización de los niveles de trabajo:* una organización debe cubrir varios niveles de trabajo (atención directa a los casos, supervisión de casos, diseño de políticas y procedimientos de trabajo, organización de los recursos, evaluación externa, etc.). En este sentido el análisis de un caso mostró algunos aspectos de la organización interna que favorecían las buenas prácticas, por ejemplo: la realización de trabajos de evaluación interna sobre procesos y calidad de trabajo con el fin de mejorar la organización (dentro de las cuales se desarrolló esta experiencia). Sin embargo, el caso permitió detectar también aspectos de la organización del trabajo que no favorecían las buenas prácticas profesionales. Por ejemplo, la ausencia dentro del organigrama funcional de algunos equipos de una figura con

disponibilidad horaria exclusiva y funciones asignadas para realizar tareas de supervisión y apoyo a los profesionales. Esto facilitaba que en ocasiones se perdiera el foco de la intervención. En este sentido, el nivel de trabajo referido a la atención directa a los casos queda adecuadamente cubierta, pero no así el referido a la supervisión de cómo esos profesionales gestionan los casos. Ello provocó que, ante situaciones de especial estrés y urgencia del caso, nadie tuviera un rol claro y tiempo real para desempeñarlo, que implicara la supervisión de los técnicos que desarrollan la atención directa al caso. Se valoró que aquí estuvo la causa de que en algunos momentos de la intervención se perdiera el foco de la misma, priorizando cuestiones secundarias.

De igual forma, se detectó que la no existencia de un manual general de trabajo para la organización que definiera por parte de la dirección funciones, roles, etc., de cada perfil profesional facilitaba que en casos difíciles y complejos la familia se “aprovechara” de la institución y de la profesionalidad y ganas de ayudar de sus integrantes (siendo recibida sin cita previa, fuera de horario, etc., sin cumplir ninguna de las indicaciones profesionales dadas).

*Patrones de comunicación y colaboración interna:* los sistemas organizados por los profesionales para compartir información sobre el caso tienen también gran relevancia en el análisis, ya que remiten a cuestiones de gran calado “¿cómo fluye la información del caso entre los profesionales dentro y fuera de la organización?”, “¿existe una definición clara de roles entre los distintos profesionales que llevan a cabo la intervención?”. En este sentido se detectó que existían canales de comunicación interna muy eficaces como elementos de apoyo entre técnicos ante la dificultad de los casos y percibidos como de gran ayuda de cara a obtener una visión completa del caso. Esto permitía que los profesionales de la organización supieran con precisión las actuaciones de sus compañeros. Sin embargo, no se operativizaban las conclusiones de estas coordinaciones profesionales en documentos de guía del caso (planes de caso) debido a la carga de trabajo existente y la “urgencia de los casos”, con lo que no se recogía en el expediente y se perdía eficacia en tres aspectos: a) de cara a la toma de decisión que puede hacerse tiempo después (no en el momento de la coordinación), b) ante posibles cambios de profesionales en el



caso, y c) no disponer de una estructura clara de los principales objetivos de la intervención y su nivel de logro con el transcurso de la intervención.

Por otro lado, los profesionales coincidían en que el buen nivel de coordinación existente a nivel interno, no era igual de bueno en la coordinación con otras instituciones (por ejemplo, ante cambio de padrón de la familia a otro municipio), aspecto a mejorar.

*Patrones de juicio humano:* cómo los profesionales tienden a pensar a la hora de tomar decisiones es importante para el resultado de las mismas. En este sentido se detectó, por ejemplo, un patrón generalizado de razonamiento basado en que “si condiciono las ayudas económicas que recibe la familia a que acceda a una intervención familiar, la familia colaborará con dicha intervención”. Este patrón se mostró irreal, ya que la familia accedía a unas visitas domiciliarias, pero no colaboraba ni integraba aspectos claves de la intervención. También se constató la existencia del mecanismo de “visión de túnel” en el que en algunas tomas de decisión sólo se tuvo en cuenta parte de la información disponible debido a la gran carga de trabajo y la “facilidad” de decidir teniendo en cuenta la información más fácil.

En nuestra opinión, parece evidente que en lo que respecta a la utilidad, estos resultados parecen mostrar la validez del método y su capacidad para promover el aprendizaje organizacional, a pesar de sus limitaciones (que citaremos más adelante).

Lamentablemente el diseño del estudio no permite comprobar si dichas mejoras aumentan la eficacia de la toma de decisión. Esta es una línea de trabajo futura de gran interés, que requeriría controlar medidas de calidad de toma de decisión pre y post análisis de casos e implantación de mejoras organizacionales. Los resultados obtenidos en nuestro estudio apuntan en esa dirección y otros estudios ya han probado esta relación.

En cuanto a la congruencia con estudios similares, los resultados obtenidos (los elementos identificados que mejoraban o empeoraban las tomas de decisión)

coinciden con los señalados por estos autores referidos en la revisión bibliográfica previa: cuestiones relativas a la forma de pensar de los técnicos, la forma de recoger y organizar la información sobre los casos, aspectos relativos a cultura y clima organizacional, así como entrenamiento profesional. Quizás éste fue uno de los elementos que nos pareció más relevante para la consideración positiva del método, ya que: permite identificar con precisión cuáles de estos elementos teóricos están presentes en una organización concreta y permite ponderar el nivel de importancia de estos elementos como favorecedores o entorpecedores de buenas tomas de decisión en una organización concreta. De esta forma, el método parece ser útil para llevar a la práctica en una organización los resultados de la literatura relativa a la toma de decisión y el análisis de casos fallidos.

Por ello parece razonable pensar que el método presentado puede ser una herramienta útil a la hora de sacar partido a los “casos fallidos” que toda organización maneja, de forma que no sólo provoquen estrés, sino que mejoren organizaciones y las tomas de decisión que sus técnicos realizan.

#### *Limitaciones del método*

Pese a sus indudables beneficios, el método presenta también evidentes limitaciones. Entre las más relevantes pueden citarse dos: En primer lugar, el uso de un único caso para la obtención de conclusiones organizacionales de entidades complejas (compuestas por ejemplo por cien profesionales organizados en diferentes equipos y departamentos) requiere de evidentes cautelas y es de vital importancia asegurarse de que las conclusiones son extrapolables a otros casos, también puede ser recomendable realizar análisis de dos o más casos dentro de la misma organización antes de emitir estas conclusiones. En segundo lugar, probablemente lo más complicado en el uso del método es la capacidad de la organización de aplicar realmente en el día a día las propuestas y recomendaciones aportadas. Existen multitud de dificultades para ello (económicas, políticas, organizacionales, etc.). Por eso es crucial que las recomendaciones sean claras, medibles, realistas y estén consensuadas con la organización. Es preferible una

menor cantidad de recomendaciones realistas y aplicables, que un extenso informe de recomendaciones inviables.

Además es importante destacar para futuros equipos que deseen aplicar el método algunas cuestiones que nos parecieron claves para su adecuado uso: a) es muy importante crear un clima de confianza con los profesionales a la hora de realizar las entrevistas, ya que los “casos fallidos” generan mucha tensión entre técnicos (puede darse una tendencia a buscar culpables antes que buscar conclusiones útiles para la organización), b) los casos evaluados han de ser relativamente recientes, y c) se debe garantizar un clima organizacional que permita una aplicación del método en el que los resultados se interpreten desde una mejora organizacional.

#### *Retos de futuro*

La práctica del análisis de casos fallidos en España está muy poco extendida. A pesar de que es evidente que muchas (o todas) las organizaciones de protección infantil han tenido casos de este tipo y es muy posible también que la mayoría de ellas modificaran sus métodos de trabajo como resultado de las mismas, no conocemos ningún método estructurado para ello que haya sido validado en nuestro contexto. Además, no es tampoco habitual que en este trabajo de análisis la organización se considere a sí misma como objeto de análisis. Tienen más costumbre de analizar casos, procedimientos, coordinaciones con otras organizaciones, como si fueran agentes “externos” sin un papel en el resultado final.

Por ello se convierte en un reto importante de nuestras organizaciones de protección infantil el de desarrollar e implementar métodos estructurados que incorporen en el trabajo diario el análisis de casos para la mejora organizacional y por lo tanto de la toma de decisión. Éste que aquí hemos propuesto no es sino un ejemplo de ellos, que parece mostrarse válido.

También resulta obvia la necesidad de comprobar dos cuestiones de forma empírica: a) en qué medida las recomendaciones de este tipo de análisis son luego puestas en marcha por las organizaciones, y b) una vez puestas en marcha, en qué medida mejoran la toma de decisión de los técnicos que las integran. Éste es un elemento

clave todavía no explorado y que debería serlo en un futuro, pese al reto metodológico que implica.

Parece útil indicar que los menores bajo protección institucional precisan para su adecuada protección de organizaciones en las que se favorezca la creatividad y la experimentación entre sus miembros, que identifiquen cuáles son las buenas prácticas deseadas y las difuminen, que no busquen culpables en casos de errores, sino identificar causas y corregirlas, que recojan periódicamente información sobre la percepción de los usuarios sobre su forma de actuar, que creen espacios de supervisión y reflexión dentro de las tareas habituales y que no consideren sus casos como “objetos” externos, sino que los analicen partiendo del presupuesto de que su intervención también es parte del juego familiar. En definitiva organizaciones que cuenten con un liderazgo claro que priorice estos aspectos y diseñe una estructura de trabajo que permita los espacios y recursos necesarios para su puesta en marcha. Esta es una buena forma de mejorar nuestro trabajo.

Y finalmente, un conclusión crucial que marca un trabajo futuro: este tipo de análisis no son mas que un elemento más para contribuir a generar modelos adecuados de toma de decisión que han de estar validados, incluir la perspectiva organizacional y ayudar a los técnicos a reducir tanto el margen de intersubjetividad habitual en nuestro trabajo, como la posibilidad de cometer errores.

## Bibliografía

Akister, J. (2006). A Systems Approach: Back to the Future – Response to Munro, E. (2005) 'A Systems Approach to Investigating Child Abuse Deaths'. *British Journal of Social Work*, 36, 159-161. doi: 10.1093/bjsw/bch398.

Arad-Davidzon, B. & Benbenishty, R. (2008). The role of workers' attitudes and parent and child wishes in child protection workers' assessments and recommendation regarding removal and reunification. *Children and Youth Services Review*, 30, 107–121.

Arruabarrena, M.I (2010): Gravedad de las situaciones de desprotección infantil. Criterios para su evaluación. Tesis doctoral sin publicar. Universidad del País Vasco.

Axford, N. & Bullock, R. (2005). *Child death and significant case reviews: International Approaches*. Edimburg: Scottish Executive Education Department. Disponible en: [www.scotland.gov.uk/socialresearch](http://www.scotland.gov.uk/socialresearch)

Bostock, L., Bairstow S., Fish S. & Macleod F. (2005). Managing risk and minimising mistakes in services to children and families. *Children and families' services*, report 6. Bristol: SCIE.

Brandon, M., Owers, M. & Black, J. (1999). *Learning how to make children safer: An analysis for the Welsh Office of Serious Child Abuse Cases in Wales*. Norwich: University of East Anglia/ Welsh Office.

Brandon, M., Belderson, P., Warren, C., Gardner, R., Howe, D., Dodsworth, J., ... Black, J. (2008). The preoccupation with thresholds in cases of child death or serious injury through abuse and neglect. *Child Abuse Review*, 17, 313-330. doi:10.1002/car.1043.

Brandon, M., Belderson, P., Warren, C., Howe, D., Gardner, R., Dodsworth, J. & Black, J. (2008). *Analysing Child Deaths and Serious Injury through Abuse and Neglect: What can we learn? A Biennial Analysis of Serious Case Reviews 2003-2005*, University of East Anglia, department for children, schools and families.

Brandon, M., Bailey, S., Belderson, P., Gardner, R., Sidebotham, P., Dodsworth, J., Warren, C. & Black, J. (2009). *Understanding serious case reviews and their impact: A biennial Analysis of Serious Case Reviews 2005-2007*. University of East Anglia. Department for children, schools and families.

Buntin, L. & Reid, C. (2005). Reviewing Child Deaths-Learning from the American Experience, *Child Abuse Review*, Vol. 14:82-96, doi:10.1002/car.886.

Centro Reina Sofía (2008). *Menores asesinados por sus padres. España 2004-2007*.

Centro Reina Sofía (2006). *Menores víctimas de violencia en el ámbito familiar. España 2001-2005.*

Coletiti, M y Linares, J.L (1997): *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática.* Paidós terapia familiar. Barcelona.

Dekker, S. (2006). *The field guide to understanding human error.* Surrey: Ashgate.

Department for children, schools and families. HM Government.(2010). *Working Together to Safeguard Children: A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children.* Nottingham: Department for children, schools and families. Disponible en:  
<http://publications.dcsf.gov.uk/default.aspx?PageFunction=productdetails&PageMode=publications&ProductId=DCSF-00305-2010>

Department of Health. (2000). *Assessing Children in need and their families: Practice Guidance.* London: The Stationery Office Ltd. Disponible en:  
<http://www.open.gov.uk/doh/quality.htm>

Department of Health. (2001). *Framework for the assessment of children in need and their families.* London: The Stationery Office Ltd. Disponible en:  
<https://www.wales.gov.uk/childrenfirst>

DePanfilis, D., Scannapieco, M. (1994). *Assesing the safety of children at risk of maltreatment: Decision-Making models.* *Child Welfare League of America*, 229-245.

DePanfilis, D. & Zuravin, S.J. (2001). *Assessing risk to determine the need for services.* *Children and Youth Services Review*, Vol. 23, No. 1, 3-20.

DePanfilis, D. (2006). *Child neglect: a guide for prevention, assessment and intervention.* Child abuse and neglect User Manual Series. Washington: U.S. Department of Health and Human Services.

Fish, S., Munro, E. & Baisrtow, S. (2008). *Learning together to safeguard children: developing a multi-agency systems approach for case reviews.* *Children's and families' services*, report 19. London: Social Care Institute for Excellence.

Gambrill, E. & Shlonsky, A. (2001). *The need for comprehensive risk management systems in child welfare.* *Children and Youth Services Review*, Vol.23, No. 1, 79-107.

Glisson, C. & Hemmelgarn, A. (1998). *The effects of organizational climate and interorganizational coordination on the quality and outcomes of children's service systems.* *Child Abuse & Neglect*, Vol. 22, No. 5, 401-421.

Glisson, C., Dukes, D. & Green, P. (2006). *The effects of the ARC organizational intervention on caseworker turnover, climate and culture in children's service*

systems. *Child Abuse and Neglect*, 30, 855-880. doi:  
10.1016/j.chiabu.2005.12.010.

Gobierno Vasco (2011): Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de Riesgo y Desamparo en los servicios sociales municipales y territoriales de atención y protección a la infancia y adolescencia en la Comunidad Autónoma Vasca. Publicado en el Boletín Oficial del País Vasco del lunes 12 de Diciembre de 2011.

Mandel, D.R., Lehman, D.R. & Yuille, J.C. (1994). Should this child be removed from home? Hypothesis generation and information seeking as predictors of case decisions. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 18, No. 12, 1051-1062.

McCue Horwitz, S., Hurlburt, M., S., Cohen, S., D., Zhang, J. & Landsverk, J. (2011). Predictors of placement for children who initially remained in their homes after an investigation for abuse or neglect, *Child Abuse and Neglect*, 35, 188-198. doi:10.1016/j.chiabu.2010.12.002.

Michigan Public Health Institute. (2005). *Child Death Review Process*. Disponible en [www.childdeathreview.org/cdrprocess.htm](http://www.childdeathreview.org/cdrprocess.htm)

Minuchin, S (1985): *Caleidoscopio Familiar*. Paidós terapia familiar. Barcelona.

Morton, T.D. & Holder, W. eds. (1997). *Decision making in children's protective services: Advancing the state of the art*. Duluth: National Resource Center on Child Maltreatment.

Munro, E. (1994). The place of procedures in child abuse investigations. *Journal of social work practice*, vol. 8, No.1, 19-24.

Munro, E. (1996). Avoidable and unavoidable mistakes in child protection work. *British Journal of Social Work*, 26, 793-808.

Munro, E. (1999). Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 23, No. 8, 745-758. Disponible en: <http://eprints.lse.ac.uk/archive/00000358/>

Munro, E. (2004). A simpler way to understand the results of risk assessment instrument. *Children and Youth Services Review*, 26, 873-883. doi: 10.1016/j.chilyouth.2004.02.026.

Munro, E. (2005). A systems approach to investigating child abuse deaths. *British Journal of Social Work*, 35, 531-546.

Nogueira, C. "Las muertes infantiles por maltrato familiar en España se duplicaron en 2001". *El País*, Madrid, 5 de febrero de 2002.

Reason, J. (1997). *Managing de risks of organizational accidents*. Surrey: Ashgate.

Reason, J & Hobbs, A. (2003). *Managing Maintenance Error: A Practical Guide*. Surrey: Ashgate.

Reader, P. & Duncan, S. (1999). *Lost innocents. A follow-up study of fatal child abuse*. East Sussex: Routledge.

Rose, W. & Barnes, J (2008). *Improving safeguarding practice: Study of serious case reviews 2001-2003*. Department for children, schools and families.

Scragg, T (2009): *Managing at the front line*. OML Pavilion. Brighton.

Schuerman, J., Rossi, P. & Budde, S. (1999). *Decisions on Placement and Family Preservation: Agreement and Targeting*. Chicago: SAGE. doi: 10.1177/0193841X9902300602. Available at: <http://erx.sagepub.com/content/23/6/599>

Secretary of State for Social Services (1974) *Report of the Committee into the Care and Supervision Provided in Relation to Maria Colwell*. London: HMSO.

Sinclair, R. & Bullock, R. (2002). *Learning from past experience: A review of serious case reviews*. London: Department of Health. Retrieved from [www.doh.gov.uk/qualityprotects](http://www.doh.gov.uk/qualityprotects)

Thoma, R. (2002). *Decision making in child welfare: A critical look at the child welfare system*. Available at: <http://www.liftingtheveil.org/decision.htm>

Unicef. (2003). A league table of child maltreatment deaths in rich nations. *Innocenti report card*, 5. <http://www.unicef-irc.org/publications/353>

Woods, D.D. & Cook, R.I. (2002). Nine steps to move forward from error. *Cognition, Technology & Work*, 4, 137-144.