

El hospital público como organización humana

Oswaldo Artaza Barrios^{1'2'3}

Resumen

El hospital es una organización cada vez más compleja, dado su creciente requerimiento de relaciones de interdependencia en sus procesos esenciales. El enfrentamiento de la complejidad es a través de aprendizaje adaptativo. El aprendizaje, constitutivo de lo humano, es resultado de una construcción social en el convivir en la vida cotidiana de hacer hospital. Este artículo, revisa las bases conceptuales del hospital como constructo relacional y concluye en señalar a la autogestión en red como una herramienta que puede abrir posibilidades hacia el aprendizaje.

Introducción

Recientemente la red hospitalaria pública chilena ha debido nuevamente ponerse a prueba, producto del terremoto que en la madrugada del 27 de febrero impactó severamente a gran parte de nuestro territorio. Aún cuando acostumbramos a conversar sobre nuestras falencias y dificultades, esta catástrofe puso una vez más de manifiesto nuestras enormes competencias de adaptación y respuesta. Capacidades que nos asombran y que guardan relación con los principales recursos del que disponemos: el poder y la fuerza que nos da el articularnos tras objetivos compartidos. Este artículo reflexiona sobre el objeto del hospital público; los requerimientos que la complejidad le hace; y las bases epistemológicas sobre cómo construir socialmente nuestras

¹ Director Hospital de Autogestión en Red Dr. Luis Calvo Mackenna; Docente Instituto Administración en Salud –IAS- Facultad de Economía y Negocios Universidad de Chile.

² Presentado a publicación a Revista Cuadernos Médico Sociales

³ **Agradecimientos:** Se agradece por aportes en contenidos y revisión a María Elena Varela del Departamento de Procesos y Transformación Hospitalaria en Red de la Subsecretaría de Redes del Ministerio de Salud; a Isabel Álvarez Subdirectora de Apoyo, Antonio Banfi Subdirector Área Médica, Juan Ricardo Pavés del proyecto de pre inversión y Leonardo Pérez, Jefe Unidad de Desarrollo Organizacional del Hospital Luis Calvo Mackenna; a Marisol Berrios de la Fundación de la Familia y a María Begonia Yarza Directora del Hospital Exequiel González Cortés.

organizaciones hospitalarias para hacer de ellas fuentes de servicio de excelencia para nuestros usuarios y de desarrollo humano para quienes allí trabajamos.

El hospital público

Un hospital público es una gran organización o empresa social de servicios de atención de salud⁴. De hecho, en muchas ciudades de nuestro país, es la principal empresa en términos de número de trabajadores y de facturación.

La **organización hospital** está constituida por múltiples unidades productivas y de soporte, empleando a cientos e incluso miles de profesionales y técnicos. Los servicios que genera dicha organización, son catalogados como productos finales; egresos hospitalarios (personas que reciben atención en una cama) y consultas (personas que recibe atención de forma ambulatoria); y como productos intermedios aquellos que son relevantes para la generación de productos finales, tales como exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos (el más importante de estos últimos son las cirugías).

Para explicar qué es un hospital en cuanto sus funciones, es útil usar un símil biológico: una célula. Así como la célula tiene un núcleo donde se producen sus funciones más esenciales, aquellas que guardan relación con lo que es y no es, por lo tanto su identidad, el hospital tiene sus procesos asistenciales (desde la economía podríamos decir el “giro del negocio”). El núcleo celular no tendría viabilidad de no estar sostenido y contenido matricialmente por el citoplasma, donde el aparato de Golgi y las mitocondrias le dan el soporte requerido. Así mismo, podemos entender a los procesos logísticos y administrativos del hospital. Finalmente, la célula no podría sobrevivir sin su membrana y el gasto de energía que despliega para mantener equilibrio con el medio e importar energía y eliminar desechos. Completando el símil, el hospital requiere de funciones de intercambio y adaptación. No sólo debe escuchar las señales del entorno, sino que debe traducirlas en contenido estratégico que alinie a toda la organización, junto con incorporar recursos financieros y tecnológicos debe integrar al hospital con otros sistemas y eliminar desechos respetando el medio ambiente. Por ello, podemos decir que un hospital tiene funciones asistenciales de mantenimiento y adaptativas o de intercambio. Todas ellas fluyen en el modo humano de hacer acción conjunta e interdependiente, a través de conversaciones en la vida cotidiana de ser hospital.

El objeto de un hospital público

Ya que la sociedad a través del Estado coloca recursos en los hospitales públicos y que todo recurso tiene un costo de oportunidad, es dable que se nos pida un rédito sobre la

⁴ La transformación de la gestión de hospitales en América latina y el Caribe. OPS Washington 2001.

inversión. Siendo ésta una empresa social, la rentabilidad debería observarse en relación al impacto de dichos servicios en la calidad de vida o bienestar de la comunidad a la que sirve. Este aspecto no sencillo de cuantificar, dado que no es suficiente medir sólo la “productividad” del hospital como número de servicios prestados en relación a la cuantía de la inversión.

Debido a que estudios de costo-beneficio de la acción de los hospitales no suelen estar disponibles, un objeto muy significativo para la sociedad guarda relación con la agregación de valor, entendido como la percepción de beneficio que hacen los usuarios al recibir los servicios. Así como en una empresa lucrativa, el agregado de valor (la valoración que el consumidor otorga al bien o servicio obtenido) es determinante en el posicionamiento de ésta en el mercado y por tanto de la rentabilidad que da a sus propietarios, en las empresas públicas el agregado de valor, en este caso “valor público”⁵, es determinante para la sobrevivencia de la organización. Aquí, nos encontramos con una importante dificultad. A diferencia de las empresas lucrativas que son muy sensibles a la generación de valor (los que se traducen en cambios automáticos de la conducta del consumidor) la organización/hospital, suele ser bastante sorda y ciega al valor público que genera. Al respecto se suele decir que la explicación radicaría en que sus usuarios son cautivos y no existen incentivos para los funcionarios asociados a la satisfacción usuaria. Habiendo elementos ciertos en lo anterior, las causas raíces guardan más relación con elementos histórico-sociales que constituyen la cultura hospitalaria.

A su vez, hay que señalar, que en la consecución de ambos objetos, la organización/hospital no es responsable en su totalidad, dado que los procesos productivos anteriormente señalados no comienzan ni terminan en los muros del establecimiento. Dichos procesos, en términos de impacto sanitario y agregación de valor, se comprenden observando a los seres humanos como sujetos multidimensionales (cuerpo/psiquis/relación) en contextos históricos y sociales. Por tanto el objeto de una organización/hospital no se explica en el “universo” de las enfermedades, sino en el

⁵ Valor Público se refiere al valor creado por el Estado a través de la implementación de políticas públicas. En una democracia, este valor es definido en última instancia por el público mismo. El valor es determinado por las preferencias ciudadanas expresadas mediante una variedad de medios y reflejados a través de las decisiones de los políticos electos, por lo tanto en el libre ejercicio del juego democrático. El valor “añadido” por el Estado es la diferencia entre los beneficios obtenidos por las decisiones públicas y los recursos y poderes que los ciudadanos deciden dar a su gobierno. En el valor público subyace un contrato implícito – y a veces explícito. La legitimidad del Estado en su conjunto generalmente depende de cuán bien crea dicho valor social. El concepto de valor público provee un punto de referencia con el cual medir el desempeño de las políticas e instituciones públicas, tomar decisiones sobre la asignación de recursos y seleccionar sistemas apropiados de entrega.

“multiverso”^{6,7} de la vida humana en relación (relación con el sí mismo; con los demás; con la naturaleza) en contextos sociales e históricos determinados, que es enfrentada por las políticas sociales en su conjunto y dentro de éstas por el sistema de salud, del cual el hospital es sólo un nodo.

Dicho de otra forma, el objeto del hospital se logra en mayor o menor medida, en cuanto como sistema, es parte de otros sistemas mayores, entendiendo el “ser parte” como acciones conjuntas coordinadas y sinérgicas entre dichos sistemas. A esta relación entre sistemas se le ha llamado “redes distribuidas en salud” y explica el acento de la **reforma de la salud** en la constitución de redes y el lugar relevante en que se posiciona a la “gestión de redes” en el discurso. Esta concepción relacional explica por qué nuestro país, en la legislación de la actual reforma, no optó por una autonomía⁸ hospitalaria basada en la competencia.

Los hechos señalan que los avances en la instalación de una cultura de gestión de red son aún insuficientes en parte porque los nuevos roles de los distintos actores no son sino parcialmente asumidos, y esencialmente porque no se han consolidado relaciones de confianza, que incentiven acciones conjuntas efectivas. Cuando no se cumplen las promesas (sean productivas, financieras, o las que fueran), se consolidan prácticas de baja conectividad, negatividad y resignación.

El hospital en la agregación de valor público

Así como la estructura biológica es determinante en la conducta de los seres vivos, la historia lo es en la comprensión de las organizaciones. La historia hospitalaria, junto con el paradigma de la beneficencia, está fuertemente marcada por su autosuficiencia y aislamiento. Lo importante es lo que sucede intra muros. Esta mirada, es replicada por cada unidad en que se subdivide el establecimiento, comportándose cada una de ellas como “feudos”. Esta autosuficiencia está basada en la “autonomía” clásica del quehacer médico. Autonomía que se explica, además de aspectos culturales y de clase^{9,10}, por la

⁶ Arístegui, R., Bazán D., Leiva J., López R., Muñoz D., Ruz J. “Hacia una pedagogía de la convivencia”. Revista Psykhé 14, 1 (137-150). 2005

⁷ Leiva, J. (2008) Fundamentación y diseño de un modelo de intervención socioeducativa desde una perspectiva constructivista para su aplicación en organizaciones productivas. Estudio de su aplicación y observación de su impacto en una empresa. Tesis para optar al grado de Ph.D. en Psicología, Universidad Ramón Llul. Barcelona

⁸ Autonomía como se entiende en otros países –tal como Colombia- donde los prestadores en competencia determinan libremente sus productos, su relación con aseguradoras de salud, así como las condiciones de los factores de producción.

⁹ Gergen K. “Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social”. Barcelona Paidós. 1996

antigua práctica liberal de la profesión médica y la escasa interdependencia que otrora dicho profesional requería para enfrentar las necesidades de su clientela. Hoy, dicho paradigma, en la complejidad de la tarea de las empresas de salud, ha hecho crisis terminal. Lo evidente es que la cultura hospitalaria aún mantiene estos enfoques atávicos, lo que se traduce en una escasa capacidad de adaptación a las necesidades de sus usuarios y sigue observando a los procesos asistenciales como “comenzando y terminando”, no tan solo dentro del establecimiento, sino en el ámbito de un órgano o sistema enfermo.

Dado que se ha ido generando gradual consciencia de lo importante que es la agregación de valor público para la sostenibilidad de la organización, se ha ido instalando la importancia de “ver” al usuario. El observar al usuario como ciudadano revestido de derechos es un proceso en instalación inicial, siendo aún más poderosa la observación de quienes nos consultan como “paciente” desde la lógica de la beneficencia.

Sólo muy recientemente en el sector público de salud se ha comenzado a hablar de “necesidades del usuario” y a verlo como ciudadano con derechos y deberes. Cuando se habla de “necesidades” se abren múltiples posibilidades, tales como comprender que el sujeto que recurre a los servicios no sólo quiere ser atendido oportuna y eficazmente, sino que también se le vea como un legítimo otro (y no como un portador de un órgano o pieza defectuosa), que requiere no sólo de información, respeto y cuidados que van más allá de los puramente médicos, sino que también participar activamente de los propios procesos que guardan relación con su salud y con las determinantes sociales y culturales que los causan.

Cuando se habla de derechos, se habla de que la mirada de la “beneficencia” ya no basta, que las personas no quieren favores sino lo que por derecho les corresponde¹¹. Cuando se

¹⁰ Según Pierre Bourdieu “clase” se entiende como conjunto de agentes que no se definen por la posesión o no de medios de producción, sino por la posición relativa en el espacio social, que les confiere mayor o menor poder en la definición de las percepciones acerca del mundo. Bourdieu P., Coleman J. “Social theory for a changing society”. N.Y. Westview. 1991

¹¹ El enfoque de derechos en la formulación e implementación de políticas públicas, considera al Derecho Internacional sobre los Derechos Humanos, como un marco conceptual y normativo aceptado por los Estados, que entrega un sistema coherente de principios para su acción en diversos ámbitos, reconociendo a las personas como titulares de derechos que obligan la acción del Estado. De lo que se desprende que cualquier proceso de elaboración o implementación de una política pública debe considerar la existencia de personas que tienen derechos, que pueden exigir o demandar su cumplimiento, o sea, involucra el reconocimiento explícito de una relación directa entre el derecho en cuestión, el empoderamiento de sus titulares, las obligaciones que le siguen y las garantías para su ejercicio. Concibe a las personas como titulares de derechos que tienen el poder jurídico y social de exigir del Estado ciertos comportamientos: la obligación de respetar, obligación de proteger,

habla de deberes, se está refiriendo a que parte central de los “derechos” de la persona/usuario radican en el ser “responsable” junto a su medio, de su propias condiciones de salud y bienestar, haciendo del médico y del equipo de salud¹² sólo cooperadores de un proceso del cual no son “dueños”. En la mirada tradicional, el individuo/usuario, desprovisto de contexto psicosocial, es ingresado como un “input” desprovisto de voluntad e inteligencia siendo el médico quien está provisto del poder para “hacer y deshacer” según las reglas de su oficio.

Hasta hoy, tanto la débil mirada de gestión en redes de los procesos asistenciales por parte de la cultura hospitalaria como la primacía de una mirada paternal/asistencialista de los fenómenos, explican que sigamos “tratando bien a las enfermedades y mal a las personas”.

Para que la organización/hospital logre agregación de valor público, no sólo debe ver las “necesidades de sus usuarios” en perspectiva de red, sino que también ver “las inquietudes de quienes prestan los servicios”. La agregación de valor sucede en un espacio relacional, en el contacto persona-persona, por mucho que intervengan sofisticados elementos tecnológicos. Como veremos más adelante, en la capacidad de cada trabajador y trabajadora de la salud de tomar adecuadas decisiones, y acompasarse¹³ con el usuario como un legítimo otro en el multiverso que significan las acciones sanitarias, como una concatenación de coordinación de acciones entre múltiples puntos, nodos, o sistemas (redes), estriba una mayor o menor valoración por parte de la ciudadanía de las acciones del hospital y del sistema sanitario en su conjunto.

Por lo anterior, se explican los recientes esfuerzos, aún embrionarios, de colocar el foco en: i) integrar los procesos asistenciales como una cadena de pasos interdependientes y cooperativos, que suceden en conversaciones (mediante el lenguaje) entre personas de distintas unidades de la organización y de fuera de la organización; ii) la capacidad de aprender de las personas que trabajan en la organización/hospital y por tanto de producir un contexto adaptativo generativo, que posibilite a éstos “obscuchar”¹⁴ al usuario y

obligación de garantizar y obligación de promover un determinado derecho. Tomado de Víctor Abramovich, Revista de la CEPAL 88, Abril de 2006.

¹² El concepto “equipo de salud”, es una construcción en la práctica muy reciente y su instalación real muy preliminar. Como se discutirá más adelante la falta de visión compartida y diversidad desarticulada conspiran contra dicho concepto.

¹³ Del concepto “rapport”, ingrediente imprescindible para establecer una comunicación efectiva con los demás. Se utiliza la palabra “acompasar” para describir el proceso de acercarnos sincrónicamente al modelo del mundo de la otra persona.

¹⁴ Neologismo que une “observar a escuchar”, busca referirse al proceso de usar todos los sentidos y capacidades humanas para hacerse cargo de aquello a lo que presta atención, por ejemplo el usuario de los servicios y el equipo de trabajo. Concepto desarrollado por Carlos Vignolo Director del programa de Innovación y

producir continua innovación, que por una parte posibilite resolver las expectativas del usuario y por otro desarrollar el potencial de los propios trabajadores de la organización; iii) la búsqueda por incorporar al debate cuestiones de “gobernanza hospitalaria”, que por una lado avancen en la genuina expresión del “propietario” de una empresa pública y que por otro consoliden adecuadas fórmulas de participación real de los usuarios en las distintas instancias de la vida cotidiana de los establecimientos, transparentando y regulando los conflictos de poder al interior de los establecimientos, y entre éstos y los distintos dispositivos de la red asistencial.

Esta última mirada a los procesos, obliga a considerar como desarrollos esenciales para la organización/hospital, a las personas más allá de lo financiero y tecnológico y por ello, las competencias para desarrollar el talento humano. Esta última distinción es la que da sentido al título de este artículo “el hospital público como organización humana”.

El hospital como organización compleja

Todos hemos escuchado que el hospital es una entidad progresivamente compleja, y parece un hecho indesmentible. La complejidad tiene que ver con el grado de ***interacciones de interdependencia*** entre partes de una organización, lo que puede expresarse en la siguiente fórmula:

$$C = f [(p \times n) \times (i \times n) \times I M]$$

C: complejidad; f: función de; p x n: es número de partes en relación; i x n: es número de requerimientos de interacción (o acción conjunta); IM: son el número de relaciones de interacción con el medio (otros dispositivos y sistemas).

Por lo tanto, la complejidad de una organización hospital no está en lo “complicado de sus pacientes” (por ejemplo una señora adulta mayor con diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca y fractura de cadera), sino en la necesidad de interacciones de interdependencia para enfrentar las necesidades de salud de esa persona. Interacciones al interior del establecimiento y de éste con múltiples dispositivos en red.

Hablamos de relaciones de interdependencia, cuando en el hospital (imaginémonos las interacciones para lograr intervenir quirúrgicamente a un usuario), para lograr su objetivo la persona o el equipo A requiere de sus propios recursos más los de la persona o equipo B y viceversa, lo que puede graficarse en la fórmula:

$$OA = f (RA+RB) \text{ y } OB = f (RB+RA)$$

Objetivo de A (OA); objetivo de B (OB); función de recursos de A (RB) más los de B (RB) y viceversa.

Cuando las personas o equipos requieren de coordinar acciones con otros para conseguir sus objetivos, tal como se señala en la fórmula, podemos decir que tanto A como B son **interdependientes**. La interdependencia se establece mediante conversaciones que se verifican con promesas (contratos). Promesas que son actos de lenguaje que requieren de confianza y apertura al aprendizaje para no sólo ser cumplidas y verificadas, sino que particularmente para ser vueltas a generar recursivamente¹⁵ para originar mejoras de forma continua. Lo anterior explica que una interdependencia eficaz produzca resultados superiores a la “suma de las partes”.

Desafortunadamente, la cultura hospitalaria suele ver la “complejidad” fuera de sí, por tanto también ve los requerimientos fuera de sí (basados en los recursos, a personas enfermas más complicadas, tecnología más complicada). Esta mirada reduccionista nos limita el aprendizaje para generar un contexto distinto: el escenario para la acción conjunta en la práctica cotidiana de la organización/hospital.

Una nueva mirada entiende que, en los hospitales, la creación de valor público recurre a dos mecanismos fundamentales y complementarios: la **especialización y el autogobierno**¹⁶ (la diversidad y descentralización del conocimiento y del poder al interior de la organización, se constituyen en esenciales para enfrentar complejidad, incertidumbre e impredecibilidad) y la necesidad de creciente **integración y cooperación**¹⁷ (los aportes especializados deben articularse –dentro y fuera del establecimiento- de tal modo que generen un producto o servicio final valioso para el usuario).

Hoy, todos comprendemos que el conocimiento se agrega a una velocidad exponencial que nos asusta. Nadie puede por sí mismo gestionar todo ese agregado de saber. Por lo tanto es imprescindible descentralizar dicho conocimiento y empoderar a los equipos para que éste sea administrado con efectividad (esto explica la creciente horizontalización de las empresas de servicio). A su vez, dicho conocimiento se hace inútil de cara a los requerimientos de los usuarios de los servicios, si no hay cooperación entre las distintas

¹⁵ Recurrente o iterativo. Circularidad, que no implica volver al punto de origen, sino ascendiendo (mejora) en forma de hélice, por vía del aprendizaje.

¹⁶ Autogobierno, se refiere al gobierno de sí mismo en la vida en sociedad. Por tanto difiere de autonomía, ya que reconoce a la persona y a los equipos conformados por los individuos como unidades capaces de auto organizarse en el espacio relacional. Es el convivir con otros el que regula los espacios del yo, del tú y del nosotros en relación a objetivos compartidos desde una mirada sistémica.

¹⁷ Auto organización y cooperación no pueden entenderse como movimientos contradictorios o divergentes, sino por el contrario, se deben constituir en un simultaneo en el convivir tanto al interior de organizaciones complejas como de éstas con los sistemas del cual forma parte.

partes, las cuales se requieren para generar un resultado global. Resolver este aspecto, se constituye hoy en elemento esencial para la gobernabilidad de los establecimientos hospitalarios.

Un tópico relevante para dicha gobernanza es la articulación de la diversidad. Como se ha señalado, la diversidad es una consecuencia necesaria e inevitable de la complejidad hospitalaria, que obliga a realizar esfuerzos crecientes para articular y así evitar la generación de desalineamiento y posiciones de poder que se “atrincheran” y no generan acción conjunta eficaz. Hoy observamos difíciles transiciones en nuestros hospitales, conviviendo fuertes resabios de jerarquías y estructuras verticales de poder –teniendo arriba al médico como profesión y al hombre como género dominante- en paralelo con tendencias incipientes hacia una horizontalización respetuosa de la diversidad, junto a la propensión a instalar posiciones de poder compensatorias, sea en los gremios, sea en nuevas estructuras como las de enfermería u otras, que no siempre han venido a generar mayor sinergia, mejores conversaciones o procesos más fluidos.

La autogestión en red podrá ser un instrumento eficaz para los objetivos de la reforma en la medida que, empoderando a los equipos clínicos, se logre su adhesión desde lo voluntario (construcción compartida de sentido) a desafíos sanitarios comunes, conjugando autogobierno y cooperación.

Para lo anterior es esencial -tal como luego discutiremos- enfrentar el juego de poderes al interior del hospital, el insuficiente aprendizaje de competencias y habilidades para conversaciones efectivas entre las distintas “culturas” hospitalarias y el instalar en la práctica cotidiana conversaciones basadas en la confianza y el respeto. Estas últimas no serán posibles sin lograr impecabilidad en el cumplimiento de promesas por parte de todos los actores y la construcción gradual de contextos positivos y favorecedores de conectividad entre personas y equipos.

Nuestra fortaleza: el talento humano

Para el enfrentamiento de la complejidad, es clave el “**talento humano**”, que está en la base de los desarrollos que sostienen los procesos hospitalarios. Cuando hablamos de talento, hablamos de la capacidad de innovar (llevar a la práctica una idea a través de acción conjunta). El talento en una organización lo podemos explicar como una función de intelecto y emoción para la producción de valor, puesto en fórmula:

Talento (**T**) = f (**Ki + Ke**) ***VA**, en que Ki es capacidad intelectual, Ke es capacidad emocional y VA, es la capacidad de agregar valor¹⁸.

El talento es la base del desempeño de una organización. Marcial Losada¹⁹, también lo explica como conectividad, llegando a descubrir la razón matemática de ésta en cuanto a la calidad de las interacciones de las empresas estudiadas. Siendo claves, según Losada, el no quedarse atrapados en la negatividad (“nada es posible, ya lo intentamos otras veces, no es una buena idea”... etc.), en la persuasión (en vez de indagar para co-construir soluciones, nos concentramos en convencer al otro de “mi verdad”) y en el ensimismamiento.

Las investigaciones de Losada sobre el desempeño de las organizaciones más exitosas para enfrentar la complejidad, apuntan a cómo liberarse de patrones culturales malsanos, siendo para ello esencial pensar positivamente (y salir así del enfoque de la “brecha negativa”, de lo que no hay, de los obstáculos, de los juicios negativos sobre nosotros mismos y los demás que nos “toman y poseen”), equilibrar el argumentar por el propio punto de vista con el escuchar la inquietud del otro, la idea, lo que me puede abrir posibilidades y equilibrar la preocupación por el sí mismo, por el cuidado del espacio de lo común, del nosotros²⁰.

En el enfrentamiento positivo de la práctica hospitalaria es relevante el “hacerse cargo” de lo que sucede, desde el sentir que se posee el poder para construir y modificar realidad. Por el contrario la cultura hospitalaria junto con buscar “culpables” más que “causas” tiende a buscar “culpables externos” de las primeras y a “colocar afuera” la responsabilidad de lo que sucede, lo que es concordante con la resignación como estado de ánimo predominante.

Para conectarse o cooperar desde lo positivo, hay que tener motivos trascendentes para hacerlo²¹. Hacerlo por miedo o sólo por un salario puede efectivamente llevar a conectar unos con otros, pero no será suficiente para lograr una cooperación eficaz sostenible. La cooperación, para que surja natural y potente debe trascender el propio yo. Mi inquietud

¹⁸ Sanhueza, J. (2007). “Gestión del propio talento: Beber del propio pozo”, Ponencia presentada en el Congreso Percade 2007: Educación, Talento y Empresa: El valor de las ideas. La fuerza del trabajo.

¹⁹ Losada M. “El papel de la positividad y la conectividad en el desempeño de los equipos de negocios: Modelo de dinámicas no lineales” *American Behavioral Scientist*, 47 (6), 740-765. 2004

²⁰ Fredrickson B.L., Losada M. Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60 (7), 678-686. 2005

²¹ Cardona P. “El liderazgo centrado en la misión: cómo lograr el liderazgo en toda la organización” *Psicología Organizacional Humana*, vol. 1, n°2. 95-105. 2008

debe escuchar y enredarse con la inquietud de otros, lo que genera trascendencia, sentido y visión compartida.

El hospital y la metáfora de la máquina y el organismo

Una importante distinción guarda relación con cómo comprendemos a la organización hospital, si como máquina o como un organismo²². La metáfora de la máquina y el enfoque mecanicista recae sobre la gestión racional, la eficiencia técnica del funcionamiento de diversas piezas para el logro de ciertas metas. En este enfoque el determinismo tecnológico encuentra su fundamento y la intervención tecnocrática su legitimación. En la metáfora de organismo que hace analogía con los sistemas biológicos, el énfasis está en las relaciones (las interfaces). Se pasa de una gestión autoritaria, que suele tener la ilusión de que podía gestionar desde afuera hacia dentro y desde arriba hacia abajo, que pensaba eliminar todos los errores e incertezas, a una mirada más comprensiva “de lo humano”, considerando las historias, las narrativas, los valores, héroes y villanos, como elementos estructurales de la organización, entendida como constructo social. Son dichos símbolos y valores los que dan identidad a una organización. Una organización sin nombre, sin historias, sin chistes, sin mitos y héroes propios, sin historias del pasado o sin proyectos para el futuro, no es un lugar para lo humano, es un lugar invivible, una pesadilla de la cual mejor despertar.

En la mirada tradicional de empresa luego de la revolución industrial, éstas eran vistas como máquinas y sus trabajadores como engranajes. La mirada de máquina en las organizaciones se basa en la relevancia en las piezas; en que el sistema se entiende analizando partes, en que el futuro es predecible y controlable; en que una falla en una parte no es compensada por las otras y en que la inteligencia y capacidad de innovar reside sólo en su creador. Esta mirada entiende que vivimos en el mundo lineal, jerárquico y predecible de la máquina (A siempre causa B). La empresa/máquina tiene trabajadores manuales, fácilmente reemplazables, conducidos por capataces, los que sólo transmiten órdenes (¿con qué objeto un capataz va a escuchar la inquietud de un obrero?). De esta lógica surgen las teorías de la administración: Taylor, Fayol, Weber. El Estatuto Administrativo²³ es un típico cuerpo normativo representante del paradigma mecanicista. Esta mirada, además, se centra en la razón y en las afirmaciones que explican la realidad desde verdades absolutas, habiendo sólo “una forma correcta de hacer las cosas”. En la mirada de máquina sólo se requiere la orden -con su correlato de miedo como poder-

²² Ganháo, M.T. “Las metáforas organizacionales”. Papers. 51 pág. 183-189
Universidade Nova de Lisboa. 1997

²³ Las teorías administrativas que dan sustento al Estatuto Administrativo sin duda fueron útiles en su momento, pero es evidente – a juicio del autor- que no se condicen con los actuales sustentos teóricos de la administración.

para desencadenar una débil y parcial acción conjunta -para el objeto que sólo el gerente (incluso desde afuera) puede desencadenar-, mientras que en la mirada de organismo se requiere de la adhesión voluntaria de cada persona a un proyecto o sueño común que genere acción conjunta de “abajo hacia arriba” como co-construcción en la relación.

Cuando uno mira a la organización como organismo, se abre a ver que cada persona tiene sus propios objetivos, que las personas y su organización son capaces de importar energía desde la realización de transacciones con el medio, que los errores de una parte pueden ser compensados por las otras a través de acción conjunta y que pueden acompañarse autogobierno y cooperación. Desde esta última mirada, entendemos que vivimos en un mundo circular de relaciones y cooperación (interdependencia); que ante la incertidumbre, la planificación se hace un proceso en constante re-evaluación. Comprendemos entonces a las organizaciones desde la primacía de la totalidad con una mirada sistémica, por sobre comprensiones reduccionistas y entendemos que la inteligencia y el conocimiento residen en todo el sistema de manera preferentemente homogénea.

Las personas somos el hospital

Esta última mirada, pone el énfasis en las relaciones y en el ser humano, no como un recurso de la organización, sino como “la” organización. Es por eso que la realidad no sólo la explica a través de la razón y la evidencia científica sino que también la “interpreta” según cuantos observadores existan en la organización (no hay “una verdad”, sino tantas verdades como seres humanos conforman la organización); y la “comprende”, en cuanto la realidad se “siente” corporalmente. Siendo “la realidad” un constructo social, es bueno recordar el teorema de Thomas que señala que si se define relacionamente una imagen de la realidad, esa imagen tiene efectos reales, adecuando las conductas a esa situación²⁴.

Cada ser humano como observador²⁵ único y diverso, ve el mundo según su interpretación en el lenguaje. En el interpretar es determinante la historia de la persona y su contexto social (su convivir en relación), así como el tono emocional en que se encuentra. Entender a cada trabajador o trabajadora del hospital como un observador distinto, nos abre las posibilidades de superar verdades instituidas jerárquicamente y desde afuera, por co-construcciones desde la convivencia.

Los grandes aportes de Maturana y Varela²⁶ a las organizaciones, guardan relación con la comprensión de que el lenguaje humano genera mundos nuevos. El lenguaje surge de las

²⁴ William Isaac Thomas, 1929: “Si las personas definen una situación como real, será real en sus consecuencias”.

²⁵ Echeverría R. “Ontología del Lenguaje”. 2005

²⁶ Maturana H., Varela F. “El árbol del conocimiento”. 1984

inquietudes de las personas. El lenguaje, sólo tiene sentido en cuanto coordina acciones entre personas y esa coordinación es capaz de construir para dar cuenta de una inquietud.

De lo anterior se desprende que, una organización/hospital, para dar cuenta de la complejidad, requerirá de enfocarse en las personas, sus inquietudes y su capacidad de coordinar acciones. Qué lejos está esa mirada de nuestra actual realidad, aún anclada en la máquina.

El hospital, como organización formal, sustentada en un medio y con requerimientos de gobierno y ciudadanos, debe perfeccionar sus procesos esenciales. Ello sólo se puede lograr a través de las interacciones que se producen entre las personas, entendiéndolas en su contexto histórico y social. Interacciones que serán efectivas en cuanto tengan “sentido de conjunto”. La mirada de máquina no escucha las inquietudes de las personas, por tanto no entiende los motivos de las conductas humanas. Una organización humana, es capaz de pensar socialmente con sentido estratégico y lograr ese estado en que los seres humanos nos apasionamos, encontramos sentido a nuestras vidas, nos sentimos escuchados y deseosos de escuchar, nos sentimos competentes y útiles y, nos sentimos parte de un equipo y de una sociedad.

Para lo anterior, es esencial que quienes trabajamos al interior del establecimiento, nos comencemos a escuchar como legítimos otros, necesarios en la cooperación para resultados de calidad, a través de conversaciones efectivas para la acción conjunta. Para ello conspira la compartimentación habitual del hospital; la existencia de varias culturas que de alguna manera replican la estructura de clases y de poder de la sociedad, y la tendencia a coaptar o capturar a la organización por parte de *stakeholders* o grupos de interés. La primera barrera para la acción conjunta es la generación de contexto entre directivos, jefes clínicos y grupos de poder internos que suelen ir desalineados, justamente por una historia y una cultura de “partes” (máquina) y no de sistema.

El hospital es el lugar donde permanecen la mayor parte de su vida, las personas que allí trabajan, realizando grandes sacrificios para lidiar entre la cotidianeidad de sus acciones personales y familiares y las de su trabajo. De aquí que, no sólo debemos preocuparnos por las metas, sino también por convertir al hospital en un verdadero lugar de aprendizaje en que las personas puedan desarrollar su potencial y, lo más importante, que puedan vivir su vida con plenitud y dignidad. De hecho, es a esto último lo que debiera dar prioridad la organización. Posibilitar que los trabajadores tengan una vida digna y acogedora²⁷ al mismo tiempo que realizan su trabajo diario, no son contradictorios, más

²⁷ Hay que cuidar no caer miradas paternalistas, ya que sin duda no es responsabilidad de la organización la “felicidad” de sus trabajadores, pero sí de generar el sustrato para el desarrollo de lo humano.

bien, se influyen mutuamente. Para lograr ese objetivo, deberemos comprender, con profundidad, la naturaleza del ser humano, sus percepciones de la realidad en un mundo cada vez más complejo.

El hospital enfrentando tiempos de complejidad

Como ya señaláramos, para los hospitales estos son tiempos de incertidumbre y complejidad. En ese contexto, la administración debe ejercer sus funciones clásicas (planificar, organizar/conducir/liderar, controlar y evaluar) en el ámbito de la escasez (en salud siempre las demandas serán superiores a los recursos disponibles), en el terreno de las conversaciones (donde se juega la calidad de nuestros productos) y del talento como generador de innovación y aprendizaje adaptativo.

En esta concepción, la administración de la organización/hospital no es tarea sólo de los directivos superiores, sino de todo el personal en su convivir. Justamente para descentralizar el poder y hacer de la administración una tarea compartida, la reforma a la salud generó a la autogestión en red como un potencial instrumento para enfrentar la complejidad.

La Autogestión en Red puede convertirse en un instrumento eficaz en el enfrentamiento de la complejidad, para el aumento del impacto sanitario de los grandes hospitales agregando valor público en la ciudadanía, a través de: (i) reorientación de la oferta hospitalaria hacia prioridades sanitarias y (ii) mejora de eficiencia, efectividad y calidad percibidas en los servicios otorgados. Ambos aspectos se logran a través de la participación e involucramiento de sus trabajadoras y trabajadores.

La Autogestión en Red debe entenderse entonces como un proceso continuo, en que los establecimientos de mayor complejidad adquieren una serie de competencias para que, a través del autogobierno clínico y la cooperación, se logre lo señalado anteriormente. Autogobierno clínico, se entiende como la co-responsabilidad de los equipos clínicos (metas de producción y calidad versus recursos), para la agregación de valor a través de mejoras recursivas²⁸ de sus procesos, en un contexto de interdependencia y cooperación entre los distintos equipos y de éstos con otros establecimientos y dispositivos (lógica de redes distribuidas).

Así entendida, la Autogestión en Red, siendo legalmente una desconcentración de facultades en el contexto de la separación de funciones y de responsabilización de los establecimientos de una serie de condiciones formales, en lo esencial, es un camino que

²⁸ Ibid. nota 15

puede abrir posibilidades a los establecimientos para establecer una cultura del servicio a los usuarios con excelencia, desde una participación generativa.

Los hospitales son sistemas adaptativos complejos²⁹, en cuya identidad influye fuertemente su historia y en donde es conveniente reducir variedad (generar automatismos) en todo aquello en donde se conjuga alto consenso y alta certeza. En esa zona, la experiencia señala la ventaja de estandarizar procesos y protocolizar, de forma de reservar energía (ampliación de variedad) para lo nuevo y lo inesperado. En un hospital complejo hay amplias zonas donde no hay certeza ni consenso. Estas zonas suelen ser bastante caóticas y requerir de mucho gasto de energía para la adaptación. Es por ello que la administración debe procurar que las mayores zonas del convivir estén lo más normalizadas posibles, única forma de tener la capacidad de abordar las áreas de incertidumbre. En esa misma línea, parece recomendable abandonar el enfoque compartimental/vertical con que los hospitales se han organizado tradicionalmente desde la mirada de máquina, con el objeto de reorganizarse transversalmente desde los procesos principales.

Cuando se nos dice que lo que “no se mide no se puede gestionar” y estamos llenos de indicadores que no controlamos, empezamos a vislumbrar que es más relevante tener una visión compartida potente junto a mínimos estándares e indicadores, de forma de tener asegurados los “pisos”, pero absolutamente abiertos “los techos”.

Cuando se nos pide planes estratégicos por definición para varios años, comenzamos a intuir que más que un plan en un escritorio, debemos tener una suerte de pensamiento estratégico instalándose participativamente en las conversaciones del colectivo y que permita acción conjunta eficaz; una visión potente de largo plazo y planes operativos de corto, co-construyéndose en el convivir cotidiano. En este punto es clave el énfasis en la calidad de las conversaciones. Nuestros procesos fallan, no porque los profesionales sean poco competentes o diligentes, sino porque fallan nuestras “interfaces”. Fallamos, porque conversamos poco, no hacemos bien nuestras promesas, no las verificamos, no aprendemos de ello, todo esto en contextos de escasa confianza.

En la acción conjunta es clave el compromiso, palabra que viene del término latino “*compromissum*” que hace referencia a una promesa y al involucramiento personal que ésta conlleva cuando se formula desde la verdad y la impecabilidad. Por lo contrario no hay compromiso cuando las promesas nacen desde la declaración mentirosa del “si” de la boca para afuera, sea por temor o por el qué dirán, en vez de declarar un auténtico “si”

²⁹ Waldrop, M. “Complexity: The Emerging Science at the Edge of Order and Chaos”. 1992

del que me hago cargo o un “no” franco que abre posibilidades a una nueva conversación y una promesa efectiva.

Justamente los procesos que requieren de más y mejores conversaciones, son los que nos avisan de nuestras fragilidades. Esto explica por qué suelen darnos aviso de dificultades unidades como los pabellones quirúrgicos y la urgencia. Nuestro funcionamiento compartimentalizado verticalmente nos dificulta conversar, al igual que la propia arquitectura hospitalaria, estamos lejos unos de otros, nos encerramos en oficinas privadas, etc. Cuántos proyectos de hospitales nuevos han obviado los espacios que favorezcan el encuentro y el conversar.

Una característica de nuestra cultura es el temor al conflicto y la aversión al riesgo y al error. Afortunadamente ya se abren nuestras conversaciones al conflicto y al error como puertas que nos abren impensadas posibilidades de aprendizaje. Justamente una influyente clínica privada³⁰ en su proceso de acreditación ante una entidad extranjera enfatizó las ventajas de premiar que el error no se escondiera y así permitiera abrir posibilidades al colectivo.

Hay interesantes señales de que nos estamos abriendo a escucharnos unos a otros al interior de los hospitales y que estamos más sensibles a reconocer los pequeños logros, algo que nos parece evidente como apalancador del aprendizaje en otros ámbitos pero que no aplicamos en nuestro convivir hospitalario. Estamos atentos a señalar la falta, no así a reconocer lo bien hecho. Así instalamos una cultura de lo malo, de lo incorrecto, de lo que no funciona. Un hospital complejo requiere enfocarse en lo que funciona, en lo que está bien, en lo que nos puede dar lecciones extrapolables a otras áreas de nuestro quehacer organizacional³¹, desde nuestro propio quehacer o del de otras organizaciones (*benchmarking*).

Finalmente, el convivir en un hospital complejo nos da diarias lecciones de humildad. Nos pide cotidianas declaraciones de no sé o me equivoqué, difícilmente alguien tiene “la verdad” o “la solución”. Esto abre posibilidades a aprender de otros, de co- construir en las búsquedas, en el ensayo y el error, en el intentar múltiples micro-estrategias en simultáneo, en el convocar a otras miradas, otras disciplinas, otros mundos.

El hospital como comunidad de aprendizaje

Los términos en que comprendemos a las organizaciones y a nosotros mismos, son artefactos sociales producto de intercambios situados histórica y culturalmente y que se

³⁰ Dra. May Chomali, Clínica Las Condes, en el XVIII Congreso de la Sociedad Chilena de Administradores de Hospital. Santiago 2007

³¹ Varona F. “La intervención apreciativa”. Madrid 2009

dan en el diálogo entre las personas. En la medida en que el diálogo se produce como construcciones abiertas, se hacen posibles significados compartidos que dan sentido e identidad^{32,33}.

El “sentido” es la conexión entre lo actual y lo posible (actualidad y potencialidad). Es una poderosa forma de enfrentar la complejidad y surge en los sistemas sociales autopoieticos³⁴ a través de las conversaciones, siempre y cuando éstas sean entabladas en medio de la construcción de sentido, como un enredarse (entrelazamiento) de información; interpretación y comprensión. El “sentido” surge entonces cuando conversamos sobre el futuro, damos un paso atrás (o “nos subimos al balcón” para ampliar nuestra perspectiva) y nos planteamos cómo será el futuro y cómo podemos querer algo en él cuando de modo alguno nos es accesible todavía³⁵. Dicho de otro modo, conversamos sobre las formas en que se nos hace presente el futuro en el devenir del aquí y el ahora en el convivir cotidiano.

Los aspectos esenciales que caracterizan una organización humana pueden sintetizarse en: i) capacidad de conectarse (conectividad) –en el respeto de la diversidad- entre los múltiples miembros de una comunidad y de producir mutua influencia generativa; y ii) la existencia de significados compartidos (sentido) que hacen a cada miembro “sentirse parte” o “identificados con” (identidad). Dichos aspectos son los que constituyen a un grupo humano como “comunidad de aprendizaje”.

El aprendizaje, cualidad esencial de lo humano, es una forma de ser en el mundo. Es el experimentar la vida participativamente como fenómeno social de construcción de significados y conocimientos dentro de comunidades de práctica –comunidades de aprendizaje- en momentos históricos y culturales específicos. El aprendizaje es un proceso continuo reflexivo, que resulta en la construcción de identidad como parte de un proceso colectivo de creación de realidad³⁶.

El aprendizaje emerge de la relación inextricable entre la “mente en el cuerpo” como el asiento de la experiencia y el mundo social, ambos en una relación de especificación mutua insertados en una red de interconexiones dinámicas. La cognición en la acción

³² Gerger K. “Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social. Barcelona Paidós. 1996

³³ Gerger K. “El yo saturado” Buenos Aires Paidós. 2006

³⁴ Neologismo propuesto en 1971 por los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela para designar la organización de los sistemas vivos, en su condición existencial de continua producción de sí mismos.

³⁵ Luhmann N. “Complejidad y Modernidad”. Madrid 1998

³⁶ Lave J., Wenger E. “Situated learning: legitimate peripheral participation. Cambridge UK. Cambridge University Press. 1991

cotidiana del convivir, es descrita por Varela como “enacción”^{37,38} de la experiencia de la persona dentro de un cuerpo y un mundo concreto inseparable de las relaciones. Entonces, el aprendizaje, para agregar valor a las organizaciones, no puede verse fuera del contexto de la práctica del diario convivir.

El aprendizaje nace de una inquietud (o necesidad), sucede en el lenguaje y genera transformación de la realidad. La visión compartida emerge de la práctica, de la comunidad de aprendizaje. Es posible que no exista una visión compartida sino varias que deben ser validadas, enredadas y puestas en coherencia en sus significados.

La construcción de significados compartidos, que se constituyen en capacidad estratégica, permite al hospital enfrentar la complejidad, adaptarse al entorno y mantener latente un mundo de posibilidades que pueden emerger como significativas en su devenir.

Una visión compartida para una comunidad de aprendizaje es como un encuadre fotográfico, donde se destacan (se colocan en el foco) algunos elementos que quedan en la foto y se dejan afuera otros. Este proceso colectivo de selección o enfoque de lo que se va a encuadrar³⁹, es la elección de un “sentido”. El sin-sentido es incertidumbre total, caos paralizante. El compartir y construir sentido con otros, da las certezas básicas para enfrentar la complejidad y la velocidad del cambio.

La práctica del convivir en un hospital

El ser humano por naturaleza está biológicamente predestinado a producirse a sí mismo y construir un mundo con otros. La autoproducción del hombre es siempre, por necesidad, una empresa social. Los hombres producen *juntos* un ambiente social, el hombre produce la realidad y por lo tanto se produce a sí mismo⁴⁰. El lenguaje objetiva las experiencias compartidas y las hace accesibles a todas las que pertenecen a la misma comunidad, con lo que se convierte en base e instrumento del aprendizaje. La realidad se construye en el diálogo, en la práctica del convivir. La práctica cotidiana del convivir de una persona en el hospital puede considerarse en relación con la puesta en marcha de un aparato conversacional que mantiene, modifica y reconstruye continuamente su realidad subjetiva.

³⁷ “Enacción”: según Varela “el mundo no es algo que nos haya sido entregado: es algo que emerge a partir de cómo nos movemos, tocamos, respiramos y comemos. Esto es la cognición como enacción, ya que la acción connota el producir por medio de una manipulación concreta”.

³⁸ Varela F., Thompson E., Rosch E. “The embodied mind. Cognitive science and human experience”. Cambridge. Massachusetts MIT Press. 1997

³⁹ Fairhurst G., Sarr R. “The art of framing”. 1996

⁴⁰ “La Construcción Social de la Realidad”. Berger, P. y Luckmann, T.; 1967.

En un hospital las preguntas esenciales que deben co-construirse socialmente guardan relación con “el ser”, “el querer” y “el poder”. “El ser” de la organización es su identidad, sus sueños. Sin una “identidad” (misión y visión en términos estratégicos) no será posible lograr construir acción conjunta efectiva. Esta no puede imponerse desde arriba o afuera. Si no es construida relacionamente, ésta no tendrá potencia para generar coordinación de acciones que generen mundos mejores. “El querer” de la organización son los juicios y creencias que soportan “los por qué” deseamos ciertos sueños. Creencias que tienen su sustento esencial en los valores compartidos. No hay sueño colectivo sin valores co-construidos en la vida cotidiana de vivir relacionamente en el hospital –los valores se hacen en el convivir-. “El poder” de las personas actuando conjuntamente, guarda relación con la experiencia colectiva de llevar adelante iniciativas. Toda organización, todo hospital, tiene historias de éxito. Ejemplo de ello son las lecciones de coraje que luego del terremoto de febrero del 2010 estuvieron dando trabajadoras y trabajadores de muchos establecimientos hospitalarios públicos.

Con relación al “poder”, son esenciales dos cosas: Una, los estados de ánimo de la organización. Si nos paramos desde el temor, la resignación, el resentimiento y la desconfianza, vamos a coordinar acciones desde allí y por lo tanto nos cerraremos a posibilidades que pueden ser abiertas desde el entusiasmo, el respeto y aceptación del otro, la confianza y la alegría. La otra, la mirada desde las “brechas” o insuficiencias, que es la clásica mirada desde donde vemos las cosas. Quien ve problemas sólo encontrará problemas, versus ver las cosas que sí funcionan⁴¹, los “núcleos positivos”. Desde allí podremos generar nuevos tipos de conversaciones, de “abajo-arriba” y participativamente, que nos permitan aprender desde nuestras historias y experiencias de éxito^{42,43,44}.

Los resultados de un hospital dependen directamente de los modos en que se relacionan las personas en los equipos de trabajo. El haber participado en la génesis de un proyecto común, genera un sentido personal existencial de involucramiento voluntario a dicho proyecto. El alto desempeño nace de los proyectos en común; éstos articulan desde la construcción de “sentido” una acción conjunta efectiva. En esta acción “cada miembro

⁴¹ Varona F. “La intervención apreciativa”. Madrid 2009

⁴² *Ibíd.*

⁴³ Astudillo F., Cortés L., Santibáñez J. “Liderazgo apreciativo: seis pasos para el cambio”. Psicología Organizacional Humana vol. 1 n° 2. Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez. 2008

⁴⁴ Fernández I. “Indagación apreciativa: Una metodología de cambio y desarrollo basada en principios positivos y constructivos”. Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez. 2009

está dispuesto a entregarse, pues su alma, su sentido existencial, sus deseos constructivos y su identidad están en juego”⁴⁵.

La idea de “futuro” de una organización es una construcción lingüística social que entreteje conversacionalmente juicios del sí-mismo y del nosotros con relación a proyectos compartidos. Es en una lógica de acción donde la vida de las personas en la organización se enreda con una idea colectiva de posibilidades.

Dado que la convicción de que la realidad y la acción se crean junto a otros y que la efectividad y el desempeño de la organización hospital ocurren en espacios socialmente construidos, es que revisamos los fundamentos epistemológicos de este enfoque.

La relación entre personas en el convivir hospitalario

Desarrollar una comprensión del convivir en el hospital, que dé cuenta de su origen social, de su construcción en la cotidianidad, plantea considerar el pensamiento y la experiencia cotidiana del hombre, como originados socialmente. Es decir que es posible abordar el convivir en el hospital a través de cómo interpretamos y comprendemos nuestra manera de convivir y generar conductas en la práctica del día a día que hacemos en común. Nuestras competencias (conocimiento), son construidas desde las prácticas relacionales⁴⁶. Dichas prácticas conversacionales de carácter recursivo, estructuran y organizan la vida cotidiana del hospital y determinan su realidad. Estamos permanentemente emitiendo juicios, tomando decisiones y generando conductas, siendo éstas últimas, las que finalmente constituyen la organización. Por lo tanto los cambios no pueden imponerse, tienen que hacer “sentido” en las personas. Esto pasa necesariamente porque los objetivos y las metas institucionales se incorporen al “lenguajear”⁴⁷ de la vida cotidiana y terminen levantándose de “abajo-arriba”. El desafío del liderazgo es justamente la generación de contexto de escucha y confianza, donde se puedan dar conversaciones para el aprendizaje adaptativo. Dicho de otro modo es llevar “la idea” al espacio de la comunicación y luego al espacio de la comprensión.

El pasar de la “idea” al espacio de lo comunicativo, es la apertura de la posibilidad del aprendizaje. Desde una perspectiva constructivista, no hay nada más propiamente humano que el aprendizaje, siendo inevitable ya que el ser humano no puede dejar de ser lo que lo constituye. Estamos condenados a aprender, desde que probáramos del árbol

⁴⁵ Fernández I. “Competencias personales para el alto desempeño” Psicología Organizacional Humana vol. 1 N° 1 2008. Escuela Psicología Universidad Adolfo Ibañez

⁴⁶ Gerger K. “Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social”. Barcelona Paidós. 1996

⁴⁷ En la forma de Maturana de expresar el ciclo de coordinación de acciones mediante el lenguaje.

del conocimiento y perdiéramos el “edén” de la falta de inquietud. El aprendizaje es parte de la vida diaria entre y por medio de otras personas como actividad relacional. El aprendizaje es más que un logro en el ámbito del “tener” conocimiento, trata del desarrollo de la propia identidad, del “ser”. El lenguaje, sin duda, es el elemento central en el proceso de aprendizaje y fluye y sucede en la acción colectiva, la conversación y la creación de significado. Sucede en el acto de comunicar, en el convivir en la vida cotidiana del hospital.

Hoy escuchamos de la importancia de “alinear estratégicamente” a las organizaciones, que los hospitales no logran una visión compartida con su personal. Pero poco escuchamos de cómo lograr aquello. Cuántas “planificaciones estratégicas” han terminado en los cajones de un directivo y no se han traducido en “transformar la realidad”.

Lograr lo anterior, pasa por posibilitar la respuesta colectiva de las preguntas esenciales señaladas anteriormente sobre el “ser, el querer y el poder”, como construcciones sociales. Esto guarda relación con el “sentido”. Mucho ya se ha señalado, de que nuestra época está hambrienta de “sentido”. La época antigua entregaba el “sentido” de las cosas a la existencia de dioses que explicaban la realidad. Luego, los dioses fueron destronados por “la razón”. Cuánta destrucción y muerte se ha hecho por la razón como única explicación de la realidad. Nuestra sociedad busca el “sentido” más allá de la razón, y allí estamos en las búsquedas.

En dichas búsquedas debemos comprender que en un hospital, las relaciones son una dialéctica en la práctica, entre estructura, colectivo y persona como ente individual. Para Pierre Bourdieu^{48,49,50,51} una organización es como un “campo” o sistema estructurado de fuerzas y de relaciones objetivas entre posiciones; una red o configuración relacional, donde influyen el poder y el conflicto. No comprender las posiciones de poder al interior del hospital, nos impide actuar sobre ellas de tal forma de producir las interfaces que generen acción conjunta a través de visión compartida y por el contrario, consolida la mantención de las distintas posiciones y “culturas internas” de fluir como *ghettos* que no interactúan y que por lo tanto, no se tocan ni se modifican sino por el contrario, juegan la lógica de la dominación y la sumisión. Siendo la diversidad una realidad creciente en el convivir en la complejidad del hospital, es una ilusión pretender la articulación en base a “homogenizar” o “uniformar”. Dicha ilusión no sólo es imposible sino peligrosa. Cuando se

⁴⁸ Pierre Bourdieu filósofo y sociólogo francés 1930-2002.

⁴⁹ Bourdieu P., Wacquant L. “An invitation to reflexive sociology”. The University of Chicago Press 1992

⁵⁰ Bourdieu P., Coleman J. “Social theory for a changing society” N.Y. Westview. 1991

⁵¹ Bourdieu P. “Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción”. Barcelona Anagrama. 1997

intenta como estrategia de alineación, en vez de integración obtendremos “alienación”⁵² e impostura.

El estilo de vida aprendido por la persona en su devenir como patrón de conducta (“habitus”⁵³ en la terminología de Bourdieu), contribuye a construir en el convivir relacional un mundo organizacional significativo, dotado de sentido y de valor, en el cual vale la pena invertir energía. La acción práctica, en la medida que se le percibe sentido desde lo razonable y desde lo emocionable, puede hacer trascender el presente inmediato, constituyendo potencialidad objetiva como anticipación práctica del futuro desde el aquí y el ahora.

Cualquier proceso de transformación de la realidad, supone reorganizar el aparato conversacional (lenguaje/acción)⁵⁴. Lo que no está en las conversaciones, en nuestros patrones de conducta⁵⁵, sencillamente no existe. La realidad hospitalaria es un constructo social en el convivir en la vida cotidiana del hospital. Esto significa que si temas como la calidad, la seguridad del paciente, los derechos del usuario y el respeto que debe existir entre los trabajadores, entre otros, no forman parte de las conversaciones cotidianas, poco podremos esperar en términos de cambios adaptativos en esos ámbitos.

Evidentemente somos ciegos a lo que no observamos. Y como ya señaláramos, observar es una particular forma de interpretar realidad desde la propia historia y la relación, en contextos emocionales determinados. Si conductas como maltratarnos entre nosotros, no respetarnos, no vernos como legítimos otros, no reconocer los logros, son parte de nuestra historia y de nuestros patrones conductuales habituales, las seguiremos replicando. De no mediar un “enjuiciamiento” de nuestros juicios⁵⁶ habituales, simplemente no veremos la desconfianza, la falta de respeto. Dicho “enjuiciamiento”, genera cambios de conducta (aprendizaje de primer orden) cuando desde el convivir, surge la inquietud de disconformidad con los resultados de dicha conducta, provocando

⁵² Alienación entendido como fenómeno de desposeer a la persona o comunidad de su identidad, controlando y anulando sus capacidades, para hacer a la persona o grupo, dependiente de lo dictado por otros –desde afuera- independiente de ellos mismos y que domina sobre ellos.

⁵³ “Habitus” según Pierre Bourdieu son todas las disposiciones subjetivas que se encarnan en nuestro ser, por y a través del moldeamiento histórico y social, que condicionan (sin determinar) nuestras prácticas. Son por tanto nuestro trasfondo explicativo.

⁵⁴ A decir de Rafael Echeverría, los seres humanos somos seres lingüísticos, vivimos en el lenguaje, el que nos hace el tipo particular de seres que somos. El lenguaje es generativo, no sólo nos permite hablar “sobre” las cosas: hace que ellas sucedan, crea realidades.

⁵⁵ Berger, P. Luckmann, T. “La Construcción Social de la realidad” 1967

⁵⁶ Según Rafael Echeverría los seres humanos somos incesantes emisores de juicios. “Dime tus juicios y te diré quién eres”. Éstos nos constituyen y determinan la forma particular de observadores que somos.

una transformación de la realidad a través de nuevas conductas adaptativas. Más aún, cuando nace la inquietud de que nos abramos como personas a modificarnos nosotros mismos como observadores (conversión), lo que Echeverría define como aprendizaje de segundo orden⁵⁷. Esta última, es la apertura a que el convivir, el diálogo para el significado, me modifique, toque mi identidad, desarrolle mi ser. Es la puerta que abre las posibilidades del “florecimiento” de lo humano.

El diálogo *significante* (donde se comparte la construcción de sentido, conectado con el otro, desde lo cotidiano, en interacciones germinativas) y la comunicación en general, posibilitan dos grandes efectos que actúan sobre la generación de conocimiento. El diálogo *significante* permite a las personas ‘recordar’ que ellas mismas han creado el mundo humano; es decir, les lleva a darse cuenta de lo que se dice, se hace, se aprende; en fin, lo que aparece como el conocimiento establecido y vivido como dado, se origina también en sus pensamientos y sus acciones. De esta forma, los sujetos se reconocen como productores de conocimiento y con esto, como generadores de realidad.

Visto así, señalamos que el contexto para la organización hospital como empresa humana, está basado en un conjunto de cualidades, atributos o propiedades relativamente permanentes de un ambiente de trabajo concreto que son percibidas, valoradas, sentidas o experimentadas por las propias personas que componen la organización/hospital y que influyen sobre su conducta, la satisfacción y la agregación de valor. Está relacionado con los valores, el “saber hacer” y estilos de liderazgo de la organización en su conjunto, particularmente de sus líderes, con los comportamientos de las personas, con su manera de trabajar y de relacionarse, con la forma de interactuar y convivir en el hospital.

Ser personas, ser hospital

El hospital es una organización que se construye socialmente, por lo tanto ***“NO es gestionable desde afuera”***. Las experiencias de hospitales que van con mayor grado de avance y los hechos exitosos observables en los grandes hospitales tienen como común denominador constructos participativos de abajo-arriba, visiones potentes y liderazgos efectivos continuos.

Todo esfuerzo que hagamos en nuestros hospitales por lograr establecer estructuras más horizontales, flexibles y livianas, que favorezcan la toma de decisiones por los propios equipos y conversaciones para el aprendizaje, irán en la línea de agregar valor público. Para ello todos nuestros esfuerzos deben dirigirse a la generación de confianza como emoción de base, la autonomía responsable como elemento regulador, el aprendizaje como forma de hacer comunidad en el convivir y el hacer de cada trabajadora y trabajador

⁵⁷ Echeverría R. “Ontología del Lenguaje”. 2005

una o un líder. De esta forma podríamos hacer de la autogestión en red una herramienta que nos abre posibilidades de futuro.

Lo anterior sólo nos confirma que los hospitales, en sus procesos productivos esenciales, de mantenimiento o soporte y de adaptación e intercambio, se comportan como un organismo/sistema vivo, en que el eje diferenciador estriba en (i) la calidad de las conversaciones; (ii) la capacidad de las personas de agregar valor a través de su talento, compromiso, capacidad de escucha de las inquietudes del otro; y (iii) el grado de adhesión que tenga a un proyecto colectivo. Todo esto se co-construye relacionamente desde el interior de las propias organizaciones. El rol del Ministerio y de otros agentes externos, es orientar, dar lineamientos y apoyo continuo, coherente y persistente, para que efectivamente se generen las condiciones en que se puedan dar dichos procesos en el convivir al interior de los hospitales.

Sin duda no contribuyen a que dichos procesos se den eficazmente: la fragilidad de competencias administrativas (abastecimiento; finanzas; Recursos Humanos, sistemas de información y otros); las dificultades para generar y mantener liderazgos; la presión asistencial del día a día que atrapa en la coyuntura; la creciente subdivisión del trabajo en el contexto de “feudos” anti-sistémicos (baja conectividad), la cultura de administración del hospital como “máquina” y de sus funcionarios como “trabajadores manuales”, entre otros aspectos objetivos. Pero, tanto más relevantes que lo anterior, son los aspectos más sutiles como los “estados de ánimo” institucionales (la instalación de la resignación y el resentimiento como “tono emocional” en la cultura), que explican dinámicas internas enfocados en lo “negativo”, en la búsqueda de “culpables externos”, que dificultan el hacerse cargo, el creer que es posible y el percibir poder en el sí mismo para lograrlo.

En estos inciertos tiempos postmodernos, los términos económicos no sólo han predominado en el intercambio monetario y productivo, sino que también se han extendido a los del intercambio social (en nuestras interacciones), lo que se traduce en relaciones más dinámicas y libres así como más frágiles, inestables y funcionales donde buscamos maximizar utilidad y minimizar el riesgo, relaciones que buscan un máximo de retorno de la inversión. En ello hemos perdido el sentido de por qué trabajamos y por qué amamos. Estos años los hemos llamado “los años del sin-sentido” (el sin-sentido duele, es como una pena en el alma de las personas y de las comunidades)⁵⁸.

El párrafo anterior, retrata brutalmente nuestra forma de vivir en lo cotidiano, tanto en la casa como en el hospital, a la vez que nos abre enormes posibilidades al darnos cuenta. Como ya señaláramos, el “sentido” se siente con el cuerpo, es él quien nos da las primeras

⁵⁸ Hernández, J. (2009). Lugares de trabajo para la vida. En Fernández, I. & Sanhueza, J. (Eds.) (2009). Psicología para la vida. Santiago: Juan Carlos Sáez.

señales (si sabemos escucharlo) de nuestro bien-estar. El sentido se encuentra, se vive, en nuestra vida en relación. Yo conectado conmigo, yo conectado con otros, yo conectado con un proyecto común. Son las acciones compartidas las que generan y producen sentido, en cuanto permiten sentirme útil, sentirme “parte”, ser querido, hacerme de una identidad desde la cual observarme con orgullo, aceptación y paz. El sentido revela lo que somos⁵⁹ (ser); lo que creemos (querer); y lo que podemos ser (poder).

El lugar privilegiado para “hacerse de sentido” debe ser el propio hospital. Es en el trabajo, más allá de la retribución o salario (para la adquisición de bienes necesarios para la mantención y mejoramiento del bienestar individual y grupal), en donde encontramos posibilidades de construir con otro. El ser humano requiere, para su pleno desarrollo, el contar con vínculos de cooperación, apoyo y afecto. El trabajo permite que las personas podamos “sentirnos útiles” haciendo algo que estamos en condiciones de hacer y que sirve a una finalidad; desde ese punto de vista, el trabajo permite “pertenecer” a la comunidad y sentirse participe de sus resultados. Desde esa última perspectiva, el ser humano es plenamente humano en cuanto construye mundos nuevos a través de la acción conjunta con otros en el lenguaje (el hombre como creador). Esta inquietud que se transforma en acción en y a través del trabajo, constituye el “ser” (identidad) de las personas, da cuenta del querer (espacio de los sueños puestos en las conductas) y de la búsqueda del “poder”, con que construimos identidad y concretamos colectivamente nuestros sueños. Esto es lo que da “sentido” a lo humano. Esto es lo que transforma realidad.

Para lo ya señalado, entendiendo a la persona como un continuo donde es imposible separar vida familiar de vida laboral (ya es muy difícil sostener que “los problemas de la casa se quedan en casa y los del trabajo en la empresa”), es fundamental superar las miradas organizacionales desde la máquina. Hoy, muchos directivos hablan en sus discursos de la importancia del “talento humano” y de cómo éste es clave en la innovación y la generación de valor. Pero, lamentablemente, no siempre la forma de relacionarse unos con otros al interior de la organización guarda coherencia con eso que se declara (haciendo honor al viejo adagio popular de que “entre el dicho y el hecho, hay mucho trecho”).

Hablar de un hospital como organización humana, habla fundamentalmente de un proceso continuo y construido participativamente entre todos, en un contexto para el encuentro del “sentido”. Este contexto se basa en el respeto, la comprensión del otro como un “legítimo otro” en su dignidad, en su capacidad de crear e innovar de manera

⁵⁹ Sanhueza, J. & Landaeta, F. (2009). El sentido como articulador de la vida. En Fernández, I. & Sanhueza, J. (Eds.) (2009). Psicología para la vida. Santiago: Juan Carlos Sáez.

ilimitada, en encontrar “sentido” en un clima de convivir con entusiasmo, alegría y aceptación, en su capacidad de equivocarse, aprender y volver a empezar; en la construcción de un sano equilibrio entre la vida relacional fuera (la familia, los amigos) y dentro de la organización (el equipo, los proyectos compartidos), para la amistad, el amor, el jugar y el recrearse; en el hacer, el servir para una vida plena y más allá de los estándares mínimos exigidos.

La fuerza que desarrollamos ante las emergencias –pandemia H1N1; cataclismos de la naturaleza- no es otra que la articulación tras objetivos compartidos. Esta fuerza es la que tenemos que encarnar como parte de nuestro cotidiano convivir, para la eficiencia y calidad de servicios que hoy se nos exige. Es en el hospital como empresa humana donde la pasión –esencia de la vida- nos llevará a la acción. No hay pasión sin sentido, ni vida que valga la pena vivirla sin pasión.

En este camino de hacer a la organización hospital una empresa humana, la autogestión en red es una herramienta que se nos ofrece. Está en nosotros, abrir o cerrar posibilidades.