

# La cultura de los hospitales del siglo XXI.

## II: La cultura organizacional y la mejora de la calidad asistencial

Iglesias Guerra, J.A.\*; Frutos Martín, M.\*; Casado Verdejo, I.\*\*; Bárcena Calvo, C.\*\*; Martínez Argüelles, M.A.\*\*; Calle Pardo, A.P.\*\*; Carriedo Ule, D.\*\*\*

\* Complejo Hospitalario de Palencia

\*\* Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad de León

\*\*\* Hospital de León

### Resumen

Uno de los elementos más influyentes en la dinámica de los hospitales es su cultura organizacional, entendida como proceso dinámico que ayuda a comprender la realidad. A pesar de que se viene estudiando el tema desde hace un cuarto de siglo, aún faltan herramientas que clarifiquen sus componentes y metodologías que permitan gestionar la cultura de los hospitales.

En este trabajo, proponemos una herramienta metodológica que ayude a contemplar la cultura de la organización como un elemento que es necesario gestionar para mejorar la calidad asistencial.

### Palabras Clave

Cultura organizacional. Hospital. Participación. Intervención.

### Introducción

En un trabajo previo, hemos tratado de acercarnos a las paradojas que encontramos en la mayoría de los hospitales españoles, que tienen fuertes implicaciones en el uso de la participación dentro de esas instituciones, así como de acercarnos

a la fundamentación del concepto de cultura organizacional.

Con esta segunda parte, se pretende aportar una orientación metodológica para identificar los elementos que conforman la cultura de cada centro y cómo se puede intervenir desde ella para acercarnos a una participación

más real, lo que sin duda, se trasladará a la mejora en la prestación de sus servicios.

### Intervención desde la cultura organizacional en los hospitales

Con los comentarios que hemos argumentado en los epígrafes anteriores, hemos fundamentado el papel incuestionable que desempeña la cultura organizacional ante los fenómenos de supervivencia, adaptación y crecimiento de una organización. La organización de los hospitales deben lograr una relación de adaptación con la cultura y éstas, a su vez con el entorno, de forma que si existe un cambio en uno de estos tres sistemas y no se traza una estrategia de cambio, las relaciones entre estos se vuelven disonantes y se desincronizan, lo que trae consigo una pérdida de eficiencia y eficacia de la organización imposibilitando su capacidad de sobrevivir, adaptarse, mantenerse y crecer. La armonización de este círculo es una tarea difícil, y es a su vez, la prueba suprema para las aptitudes de un dirigente.

Habida cuenta de los múltiples factores que influyen en la confi-

### Correspondencia

José Antonio Iglesias Guerra  
Derechos Humanos 10, 3F  
34003 Palencia  
Tfno.: 979 170 712 / 676 672 086  
e-mail: joseiglesias109@tiscali.es

guración de la cultura organizacional de las instituciones sanitarias, no podemos abarcar en estas páginas todas las posibles propuestas estratégicas encaminadas a fomentar al desempeño profesional. Nos vamos a centrar primero en dos de ellas antes de ofrecer un listado esquemático de propuestas. Estas son la gestión de los valores y de los activos *intangibles*.

Respecto a la primera de ellas merece la pena destacar que entre las responsabilidades de las organizaciones hospitalarias, concretizadas en las obligaciones de los gestores, con independencia de su nivel, es decir, desde el Ministerio a nivel nacional hasta la microgestión de la prestación del cuidado directo, está la potenciación de los valores de los miembros implicados en función de los procesos de actuación de que se tratan.

Concebimos el valor como aquello que vale la pena hacer y las razones que se esgrimen para ello. En este sentido nos gustaría destacar la idea de la colaboración como herramienta indispensable, que se origina por la necesidad de un sujeto de lograr unos fines para los que no está preparado por sí sólo. En cierto sentido todo aprendizaje cultural refleja en última instancia los valores propios del individuo, su idea de lo que "debe" ser a diferencia de lo que es. Estos valores se manifiestan, en el proceso de tomas de decisiones y como parte de estas dentro del proceso de identificación y selección de la misión, metas, objetivos y estrategias. Los valores pueden servir de guía para actuar en situaciones de incertidumbre. De la conjunción de estos dos términos clave, *valor* y *colaboración* pretendemos llegar a la idea de *valor compartido*, aunque bien es cierto que los valores no son siempre coincidentes según se trate de gestores, directores, profesionales, pacientes... Es natural y lícito que así sea, ya que los intereses, expectativas, necesidades, etc, de cada sujeto son diferentes, construyendo su propio sistema de valores, que influye en su quehacer cotidiano.

De otro lado, nos gustaría acercarnos a la importancia que tienen los llamados *activos intangibles* en la génesis de los sistemas de valores compartidos. Un activo intangible es aquel que no se puede comprar, no se puede imitar o que no puede ser fácilmente sustituido. Metafóricamente son cajas negras en las que situamos a los profesionales y usuarios con inteligencia, ideas, información, experiencia y creatividad que son sus fuentes catalizadoras. La potenciación y el desarrollo de esos activos intangibles en los hospitales son claves para los procesos asistenciales.

Pero estos activos intangibles también pueden ser génesis de conflictos. En nuestra opinión los conflictos son naturales y deseables, ya que los consideramos como una consecuencia de las relaciones humanas, que se convierten en un componente de la construcción y reconstrucción transformadora individual y colectiva. Pone énfasis en la naturaleza dialéctica del conflicto que, aunque presente elementos destructivos, éstos pueden ser canalizados hacia expresiones constructivas, en la que los actores se apropian y construyen nuevas formas de enfrentarse al conflicto y nuevas maneras de relacionarse para generar, posiblemente, un impacto en los usuarios del servicio que ofrecen.

Por otra parte, la colaboración y el entusiasmo son dos características muy valiosas que ayudan a mantener la entereza de ánimo de los profesionales y a crear unas condiciones idóneas de trabajo, así como la relación entre los distintos niveles de la organización. Ambas características implican ayudar a los otros y a trabajar sobre la mejor manera de lograr el bienestar de las personas que conviven en los hospitales sobre la base de certeza situacionales, es decir, certezas que tienen la raíz en los propios centros y en los propios contextos; pero sin dejar de prestar atención a los sistemas de valores de referencia, más generales, que trascienden los centros concretos.

Mejorar la realidad de los hospitales actuales no pasa por modificar el discurso predominante, sino por acercarse a una comprensión diferente de los factores que determinan la praxis, las actitudes de los protagonistas y las estructuras de participación. Con la declaración de intenciones no se garantiza el funcionamiento participativo de los centros hospitalarios. Si se quiere, podemos partir de una posición escéptica, la de que la participación efectiva no va a aportar beneficios o no es posible, pero hay que demostrarlo.

Desde nuestro punto de vista es posible conseguir hospitales más participativos involucrando a esferas ideológicas, legales, administrativas, estructurales, organizativas y técnicas, para lo que es necesario:

1. Analizar y aprovechar en sus fortalezas las parcelas ya conquistadas que permiten avanzar hacia concepciones más participativas, como los órganos colegiados, las comisiones pluridisciplinarias, las sesiones clínicas y de cuidados, las unidades de atención y defensa de profesionales y usuarios, entre otras.
2. Revisar de forma continua las prácticas, desde la planificación hasta su operativización, con el fin de esclarecer sus limitaciones, que abocan a una concepción tecnocrática de los cuidados y servicios hospitalarios. La reflexión sistemática, comprometida y compartida que, curiosamente, suele darse en mayor medida cuando las condiciones no son favorables, es una herramienta clave en esta tarea; herramienta que deben fomentarse ya desde la formación pre-grado.
3. Trabajar la imaginación. Se trata de hacer realidad el último eslabón de la reciente, pero ya manida trilogía I+D+I, es decir, desarrollar la innovación en los centros hospitalarios que promueva fórmulas para burlar la rigidez a la que hemos hecho referencia.
4. Fomentar la participación real de los interesados en las instancias organizativas y en los procesos

sanitarios. Participación de todos los profesionales con el desarrollo de un espíritu de crítica positiva y compromiso que propicien la revisión sistemática, sin recelos ante la organización existente; y participación de los pacientes en el desarrollo de proyectos. No podemos declarar el desarrollo del autocuidado, el que los pacientes sean agentes de su estado de salud, desde organizaciones hospitalarias en las que todo les viene dado y en las que no tienen ni voz y voto real.

5. Reconstruir las relaciones del hospital con su entorno, con la comunidad a la que sirve, de forma que se analicen las necesidades reales, pero también las sentidas y expresadas por los usuarios, para construir hospitales de todos y para todos, en los que los conflictos, que siempre han de existir, se canalicen mediante acuerdos, y no por vías administrativas y legales, siempre más punitivas y que, rara vez, solucionan los factores determinantes de esos conflictos.

Claro está que esto tiene un coste, derivado de la exigencia de abrir caminos conscientes y esforzados de formación y progreso. La participación real como estrategia de mejora no vendrá dada, sino que es necesario trabajarla, ir a su encuentro.

Desde nuestro punto de vista, la innovación en los centros hospitalarios pasa por la conformación y el uso de la cultura organizacional, en la que los valores institucionales compartidos, el trabajo con los valores grupales en conflicto y la potenciación de los activos intangibles coordinados por una dirección constructiva que se oriente hacia las necesidades de los actores y de la sociedad en su conjunto. En este sentido nos atrevemos a proponer las siguientes estrategias:

- Determinar las características culturales del entorno en el que se enclava la organización, es decir, conocer cuáles son las tradiciones, ideologías, religiones,

costumbres, idiosincrasia, lenguaje de la población del lugar.

- Abanderar la reflexión sistemática y compartida sobre cuestiones como la naturaleza y fines de las instituciones sanitarias como paso inicial para adquirir el compromiso necesario para transformar las actividades asistenciales. Compromiso que debe embeber a todos los agentes, valorando la cultura y subculturas existentes y catalizando un estado de opinión crítica positiva.
- Aferrar las alternativas novedosas surgidas de la imaginación que contribuyan a remover las estáticas organizaciones actuales.
- Sedimentar las parcelas que se vayan consiguiendo, por pequeñas que parezcan, mediante una evaluación continua que destaque sus virtualidades y corrija sus puntos débiles.
- Construir en común de un sistema de valores que estará en revisión constante y que será el telón de fondo de todo lo que acontezca en los centros sanitarios.
- Potenciar la capacidad de resolver problemas y reaccionar con flexibilidad a la exigencia cambiante del medio.
- Estructurar la organización de tal forma que entre sus partes se minimicen las contradicciones entre finalidades, lo que no quiere decir que no haya diferencias.
- Planificar objetivos en base a:
  1. Diagnosticar su propia situación y desarrollo.
  2. Movilizar planes de acción conjuntos.
  3. Controlar y autoevaluar su implementación y resultados.
- Contextualizar y localizar, preferentemente en el mismo centro, la formación de los profesionales. En este sentido está por perfilar un modelo profesional y técnico de los mismos, en cuya ausencia difícilmente pueden llevarse a cabo con coherencia estrategias de formación adecuada.
- Observar los artefactos visibles externos: La arquitectura, la estética, decoración, limpieza, distribución y ubicación de los loca-

les, las consignas y la historia de la organización. Se analiza la historia de la organización, sus fundadores y líderes, los principales eventos que afrontó desde su surgimiento hasta nuestros días y que solución se dio en cada caso.

- Determinar y caracterizar los grupos y líderes, formales e informales, tratando de identificar los posibles comportamientos y acciones de estos que puedan convertirse en fuerzas de apoyo o fuerzas que obstaculicen la implantación de la estrategia.

Claro que no es sencillo. Es atractivo pero complejo, y requiere esfuerzo, confianza, atención a la comunicación, consistencia y mucho tiempo. Requiere comenzar a trabajar en muchos ámbitos al mismo tiempo: las direcciones, los profesionales, ya desde su misma formación pregrado, los pacientes y familiares, etc., de forma que los frutos se obtendrán lentamente, casi de forma intangible con la renovación generacional. Y es que se enseña más haciendo que diciendo, en especial cuando se trata de construir una comunidad crítica al servicio de los valores públicos por los que habrá que luchar de forma incansable.

### Una propuesta metodológica

La propuesta metodológica que asumimos se sitúa dentro de la investigación cualitativa, dentro de la corriente de investigación-acción participativa, pero con un claro matiz evaluador. No evaluar en el sentido de medir o calificar, sino de conocer, explicitar, analizar y desentrañar entre todos los implicados aquello que acontece, aquello que conforma nuestro pensamiento y nuestra forma de hacer. Pero no sólo nos limitamos a analizar, a describir lo que ahí sucede; sino que hemos querido dar un paso más, valorar hasta qué punto esa cultura y subcultura que conforman nuestra realidad organizativa son las que queremos, las deseables; y hasta qué punto estamos dispuestos a cambiarlas.

Hacer explícitas las subculturas de la organización a través de este proceso de investigación, implicando a todos los sectores que tienen algo que decir en ese análisis, supone “hacer salir a la luz”, explicitar, las presunciones básicas que marcan el carácter, la ideología, el funcionamiento real de esta organización. Esto supone esclarecer el aquí y ahora del hospital, la cultura real que se practica día a día y que están marcando las prácticas, las relaciones y los roles de sus miembros. Esta explicitación de la cultura real, permitirá saber los logros y los problemas que se tienen respecto a la consecución de las metas marcadas en esa “cultura ideal” que deseamos, y por tanto nos ayudará a establecer, entre todos, los medios más adecuados e idóneos para avanzar en ese proyecto conjunto.

En definitiva, esta evaluación de la cultura pretende mejorar la práctica y el funcionamiento de la propia institución, no sólo porque se valore el actual funcionamiento para mejorarlo, sino porque el propio proceso de valoración conlleva una dinámica cultural de acercamiento, comunicación y negociación de códigos, normas, ritos, etc., que suponen una potenciación de una cultura común y compartida. Y en ese proceso de cambio, los propios protagonistas cambian. Se genera una cultura compartida, de apoyo mutuo y colaboración estrecha. Una experiencia que condensa la capacidad de un grupo humano, de una comunidad cuando se embarca en un proyecto común y compartido desde sus inicios. No diseñado por otros, ni impuesto “desde arriba”, aunque dando entrada al asesoramiento cuando sea necesario; sino un proceso de cambio surgido desde el propio deseo y necesidad ante un reto que se quiere afrontar: cómo satisfacer las necesidades de los profesionales y de los usuarios de la Atención Especializada. Una estrategia de cambio lento y progresivo, pero en una dirección común y compartida.

Con este análisis global, estamos en condiciones de establecer las cinco grandes etapas del proceso:

#### **1. Fase de preparación:**

- Identificación de dimensiones relevantes de la cultura.
- Discusión de estrategias de negociación.
- Toma de decisiones respecto a la formación para los intervinientes.

#### **2. Fase de revisión inicial:**

- Planificación de la revisión.
- Decisiones sobre instrumentos de análisis.
- Recogida y análisis de datos.
- Informe y decisiones sucesivas.

#### **3. Fase de revisión específica:**

- Establecimiento de prioridades.
- Planificación de la revisión específica.
- Movilizar recursos y expertos.
- Recogida de información.
- Validación de conclusiones y valoración.
- Retroalimentación y toma de decisiones para fases sucesivas.

#### **4. Fases de desarrollo:**

- Establecimiento de un plan de acción.
- Planificación de la implementación.
- Formación para la implementación.
- Implementación del plan con referencia a las dimensiones identificadas.
- Seguimiento y evaluación.

#### **5. Fase de institucionalización:**

- Control de la acción llevada a cabo.
- Desarrollo de una capacidad de resolución de problemas como una norma organizativa dentro de la institución.
- Valoración y planificación de las revisiones.

Esta metodología supone pues el desarrollo de una serie de procesos que pretenden dinamizar la mejora continua desde, en y por parte del mismo centro hospitalario, que conlleva a un análisis sistemático y a una reflexión sobre la situación presente, a la identificación y establecimiento de prioridades por

parte de todo el staff, la elaboración y puesta en funcionamiento de una estrategia de implementación, en la que se incluyen actividades de formación y búsqueda de recursos, así como el seguimiento, control y reflexión sobre todo el proceso con la finalidad de institucionalizar esas capacidades de diagnóstico, acción conjunta y autoevaluación institucional en el que la comunicación sinérgica entre los actores es la clave del proceso.

Para llevar a cabo esta secuencia, son necesarias técnicas específicas válidas para cada una de las dimensiones de intervención. Entre estas técnicas merece la pena destacar:

#### **1. Intervención en actitudes y conductas de los individuos:**

- 1.1. Análisis de roles que persigue la clarificación, cuando se da conflicto de roles.
- 1.2. Análisis transaccional que permite remediar desarreglos de la personalidad y mejorar consecuentemente las relaciones personales.

#### **2. Intervenciones en la estructura organizacional de los individuos:**

Enriquecimiento de tareas cuyo propósito es ganar en variedad, autonomía y sentido del conjunto para que el personal se sienta útil y realizado. Tiene efectos positivos en la motivación con orientación hacia la satisfacción de los profesionales.

#### **3. Intervenciones en actitudes y conductas de los grupos:**

- 3.1. Grupos T, que son sesiones en las que intervienen de 10 a 12 miembros y un dinamizador profesional que actúa como animador; lo que se busca es una experiencia de grupo, se aprende a conocerse mejor a uno mismo y a relacionarse con el grupo.
- 3.2. Entrevistas semiestructuradas en las que se buscan dimensiones relacionadas con el sistema de reclamaciones, de premios y sanciones, canales de comunicación, transmisión de normas internas, etc.

#### **4. Intervenciones en la estructura organizativa de los grupos.**

*Círculos de Calidad* integrados por grupos reducidos de voluntarios que analizan problemas y elaboran soluciones.

5. Intervenciones en las actitudes y conductas de la organización.

5.1. *Consulta de Procesos* cuyo objetivo es que la institución adquiera capacidad de análisis, diagnóstico y solución de problemas.

5.2. *Sondeo de opinión* en el que encuestan a los actores y se recogen datos para diagnóstico e intervención de mejora.

5.3. *Sesión grupal* en la que se reúnen de los implicados para analizar un problema y darle posibles soluciones.

6. Intervención en la estructura de la organización.

6.1. *Dirección por objetivos consensuados* que trata de poner énfasis en la motivación del personal que participa en los procesos. Se aplica a todos los niveles y no sólo a los niveles superiores de la institución. Hay una clara definición de los objetivos para la mejora, realizándose una cascada por niveles de responsabilidad que gana progresivamente en concreción.

6.2. *Análisis documental* sobre el pasado (archivos, estatutos, memorias, informes), sobre el futuro (planes directores), documentos sobre normas (organigrama funcional, sistemas de participación, procedimientos de evaluación, etc.), documentos informativos (ponencias, discursos, publicidad, etc.) y estudios realizados sobre la organización.

Cualquiera que sea el origen de estas premisas de decisión que conforman la cultura de una organización se llegan a constituir en parte integrante de la cultura organizacional, en el proceso histórico particular del devenir de cada organización concreta. De aquí se desprende que el diagnóstico de una cultura organizacional debe considerar siempre la historia de esta or-

ganización y desprender de ella las premisas que caracterizan el modo de ser de dicha organización.

**A modo de conclusión**

Teniendo esto en cuenta, en un momento como el presente, en el que vivimos la “moda” de la calidad total, promovida por la Administración, como impulso de cambio en las organizaciones sanitarias, es necesario preguntarse a qué tipo de ideología responde esta propuesta de cambio; si esta “filosofía” genera realmente una *cultura de calidad* en dichas organizaciones o si lo que puede provocar es una *cultura de la apariencia* que responda superficialmente a una imagen demandada por la administración, pero que sigue manteniendo en el fondo “lo mismo de siempre”, puesto que todo cambio impuesto desde fuera no afecta a las bases de la organización. Parece, pues, que la cultura paradójicamente es un elemento dinámico pero de difícil cambio orientado y regulado de forma consciente e intencional.

La cultura de una organización se refiere a las presunciones y creencias básicas que comparten los miembros de una organización. Ellas operan en forma inconsciente, definen la visión que los miembros tienen y de sus relaciones con el entorno; han sido aprendidas como respuestas a los problemas de subsistencia en el entorno y a los propios de la integración interna de la organización. Esta definición del sistema organizacional para el concepto de cultura organizacional, significa que la cultura debe ser entendida como el conjunto de premisas básicas sobre las que se construye el decidir organizacional.

Pero lo realmente relevante es que es posible el cambio de la cultura de una organización o la reorientación de la misma. Esto se está queriendo utilizar actualmente, desde determinadas orientaciones teóricas, para sustituir la dirección a través de la normativa oficial por una dirección a través de la cultura que ha de ser cooperativa, de for-

ma obligada, de tal forma que se hagan más asumibles las prescripciones diseñadas desde los cargos directivos o la administración. Creemos necesario repensar seriamente muchas de las decisiones que estamos tomando al margen de la cultura de las organizaciones, condición indispensable para el éxito del trabajo cotidiano. Abogamos por planificar estrategias en las que se expliciten las dimensiones culturales que se imbrican en la vida de los hospitales, como estrategia de evolución e innovación.

El análisis de la cultura de las organizaciones sanitarias es una oportunidad para cristalizar nuevos modos de acción e interacción que propicie el aprendizaje, el desarrollo personal y colectivo, la confianza mutua entre profesionales y entre éstos y los usuarios y, en definitiva, la verdadera y efectiva participación de los que tienen cosas que decir en el hospital, lo que supone un avance indiscutible hacia la innovación y la mejora continua.

Pero para ello, primero tenemos que conocer lo que hay, es decir, realizar un diagnóstico de la situación, incluyendo los valores culturales explícitos y ocultos, lo que permitirá analizar las fortalezas y debilidades del centro en cuestión. En este sentido hemos aportado una línea metodológica párrafos atrás.

La cultura moderna de los hospitales debe conceder más valor real a las personas, con la meta puesta en la mejora de los cuidados y de los procesos sanitarios, aunque conlleve algunos riesgos personales. La participación efectiva, el fomento de la motivación y la colaboración interdisciplinar enfocada en el usuario son las claves para el cambio organizacional y que nos ayudarán a dar soluciones a los problemas que nos acechan, claro es, si es que es lo que interesa... En este sentido, el desarrollo organizacional ha de ser un esfuerzo consciente y planificado mediante una administración eficaz de la cultura organizacional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alcaide Castro, M. *Conflicto y poder en las organizaciones*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1987.
2. Bañares, I. *La cultura del trabajo en las organizaciones*. Madrid. Rialp, 1994.
3. Díez Gutiérrez EJ. *La estrategia del caracol. Un cambio cultural en una organización*. Barcelona. Oikos-Tau, 1999.
4. Etkin JR. *La doble moral de las organizaciones. Los sistemas perversos y la corrupción institucionalizada*. Madrid. McGraw-Hill, 1993.
5. Hodge BJ, Anthony W, Gales LM. *Teoría de la organización. Un enfoque estratégico*. 5ª edición. Méjico. Prentice May, 1998.
6. Lapassade G. *Grupos, organizaciones e instituciones. La transformación de la burocracia*. Barcelona. Gedisa, 1999.
7. León Millán A. *Conocer la cultura de las organizaciones. Una buena base para la estrategia del cambio*. Madrid. Actualidad Editorial, 1991.
8. Robbins SP. *Comportamiento organizacional. Teoría y práctica*. 7ª edición. Méjico. Prentice Hall, 1996.
9. Schein EH. *La cultura empresarial y el liderazgo. Una visión dinámica*. Barcelona. Plaza & Janes, 1988.