

TRANSFORMACIONES EN LA PERCEPCIÓN DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL GENERADAS POR LOS CAMBIOS IMPLEMENTADOS EN EL MANEJO GERENCIAL EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN BOGOTÁ

CHANGES IN - PERCEPTION OF THE ORGANIZATIONAL CULTURE GENERATED BY THE CHANGES IMPLEMENTED IN HANDLING MANAGEMENT PROVIDER IN AN INSTITUTION FOR MENTAL HEALTH SERVICES IN BOGOTA

Recibido: 20 de marzo de 2009/Aceptado: 30 de abril de 2009

LUCÍA BARBOSA RAMÍREZ*, LILIA ARREGOCÉS, JULIO LATORRE SANTOS, DIANA MARTÍNEZ, MARÍA MUÑOZ ORTEGA, JULIA ROZO

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá - Colombia

Key words:

Organizational culture, Change, Quality, Mental health.

Abstract

This research describes the transformations in the organizational culture of an confessional institution's, mental health providers located in Bogota, and whose objective was to make the necessary adjustments to the administrative and assistance care to meet the quality assurance system established by the Ministry of Social Protection and ensure that the system meets the challenges of globalization. Five focus groups were conducted with the participation of 35% of staff working in the institution with representation from different areas, hierarchical levels and types of professions. This Information was validated with the help of the management of the institution. Through these devices are able to establish the transformations in culture from the changes identified in seven categories of the cultural network. Since the foundation has managed a quality culture in which was prioritizes the human sense of work. Implementating the changes has in enhancing the provision of a service efficient technical.

Resumen

Este artículo es producto de una investigación que registra las transformaciones en la cultura organizacional de una institución prestadora de servicios de salud mental de carácter religioso ubicada en Bogotá. El objetivo consistió en describir la forma como se efectuaron los ajustes necesarios, en el orden administrativo y asistencial, para cumplir con el Sistema de Garantía de Calidad establecido por el Ministerio de Protección Social y lograr así que este sistema responda a los retos de la globalización. Se realizaron cinco grupos focales, integrados por el 35% del personal que labora en la institución con número de 5 a 7 cada uno y con representación de las diferentes áreas, niveles jerárquicos y tipos de profesiones. Se lograron establecer las transformaciones generadas en la cultura a partir de los cambios identificados en siete categorías de la red cultural, que se validaron con la aplicación de una entrevista al gerente de la institución. Desde su fundación, esta institución ha gestado una cultura de calidad en la que se prioriza el sentido humano del trabajo y, de este modo, se ha fortalecido la prestación de un servicio técnicamente eficaz, pero la implementación de los cambios ha hecho surgir en sus empleados percepciones insatisfactorias.

Palabras clave:

Cultura organizacional, Cambio, Calidad, Salud mental.

* Investigadora Principal. Docente Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia Email: carolina.barbosa@javeriana.edu.co

INTRODUCCIÓN

Puesto que ayuda a garantizar un funcionamiento adecuado, tanto en Colombia como en el mundo, la calidad es considerada como uno de los aspectos fundamentales en los sistemas de salud y en la administración de los servicios ofrecidos por esta área.

En el país, esta postura se materializa formalmente con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, creado con la Ley 100 de 1993. En lo correspondiente a calidad, dicha ley propone concretamente en el libro segundo que: “El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales” y, de acuerdo con la reglamentación que luego estableció el gobierno, “las instituciones prestadoras deberían estar acreditadas ante las entidades de vigilancia” (Posada, 1996). En esta ley, también se determinó que las instituciones prestadoras de servicios de salud deberían contar con autonomía administrativa, técnica y financiera e integrar a su actividad diaria dos aspectos indispensables para prestar servicios de salud: la calidad y la eficiencia.

Para lograr que el componente de calidad planteado como fundamento en la reforma fuera una realidad que impactara efectivamente el funcionamiento del Sistema, se creó el Sistema de Garantía de Calidad en Salud. De modo que, en octubre de 2002, es derogado el Decreto 2174 por el 2309 y se establece el nuevo Sistema Obligatorio de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS).

Dicho sistema cuenta con los siguientes componentes: 1. El Sistema Único de Habilitación; 2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud; 3. El Sistema Único de Acreditación; y 4. El Sistema de Información para la Calidad (Ministerio de Protección Social, Decreto 2309, 2002).

Las políticas y normatividad relacionadas han obligado a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) a implementar cambios en su funcionamiento administrativo y asistencial, para ajustarse a los requisitos establecidos y, sobre todo, responder a la dinámica de un mundo globalizado que exige a las instituciones la permanente actualización. En estas circunstancias, las gerencias de estas instituciones son las responsables de que todos estos cambios sean una realidad y las IPS han tenido que convertirse en empresas, con todas las implicaciones que esto tiene para su funcionamiento en cuanto a la concepción del trabajo y de la cultura organizacional. De hecho, el SOGCS plantea la necesidad de consolidar una cultura de calidad en las instituciones de salud que garantice un servicio eficaz tanto humana como técnicamente.

Para comprender la naturaleza del asunto en cuestión, se precisa que la noción de cultura, uno de los pilares de la antropología, cobró importancia en las organizaciones a partir de los años 80 y que no existe una definición unificada de la misma, dependiendo más bien de la concepción que se asuma del mundo social.

Davies y otros (2000) y Schermerhorn (2004) explicitan que existen dos enfoques en el estudio de la cultura desde la perspectiva del comportamiento organi-

zacional. Para unos, se trata de una entidad concreta que puede ser descrita independientemente y posee aspectos variables que pueden aislarse, describirse y manipularse para perseguir objetivos organizacionales más amplios.

Para otros, el concepto constituye un fenómeno social, una construcción colectiva en el trabajo que se efectúa por medio del lenguaje compartido, el cual, a su vez, permite el conocimiento del mundo. Así entonces, las organizaciones se perciben como entes construidos en el discurso, convirtiéndose en una propiedad emergente de la organización y parte constitutiva de ella. Tienen, además, variables organizacionales susceptibles de describir y evaluar las metas organizacionales. De esta manera, propone García (2006): "...la cultura no es algo que las organizaciones tienen, sino algo que las organizaciones son" (p. 166).

La presente investigación se desarrolla desde esta segunda perspectiva. Schein es uno de sus representantes y define la cultura como el "nivel más profundo de los supuestos y creencias básicas compartidos por los miembros de una organización, que funcionan de manera inconsciente y se definen en una forma básica, que se considera dada, de visión de la organización y el entorno" (1985, citado por Johnson, 1999).

Para su estudio, Schein (citado por Johnson & Scholes, 1999) desarrolló el concepto de red cultural, a la cual define como "... una representación de los supuestos que se dan por sentado, o del paradigma de una organización y de las manifestaciones físicas de la cultura organizativa", comunes a todos los miembros o al menos a la mayoría (p. 67).

En síntesis, se puede decir que la cultura se construye socialmente y que ella es el producto de los significados asignados por los individuos en torno a la actividad que realizan, en este caso, la laboral. De esta forma, se puede afirmar que la cultura en una organización es conformada como una red constituida por el paradigma que la sustenta, las rutinas, los rituales, los símbolos, las historias, los sistemas de control y la estructura formal de la organización (Johnson & Scholes, 1999). Por lo tanto, describir y comprender la red cultural permite en últimas un abordaje comprensivo de la cultura de una organización.

Y, aplicando esto último al contexto, es claro que, para entender el concepto de cultura organizacional en la institución prestadora de servicios de salud mental de carácter religioso que se ha escogido como objeto de estudio, se ha de analizar la red cultural percibida por sus miembros. De manera concreta, esta labor se llevó a cabo a través de la realización de grupos focales en los que se buscó describir sus elementos constitutivos, que, en el fondo, están atravesados por las historias del fundador de la comunidad, de las religiosas y de los empleados. Lo anterior permitió describir las transformaciones en la cultura organizacional generadas por los cambios gerenciales implementados en el último quinquenio.

METODOLOGÍA

Diseño

El presente trabajo investigativo fue un estudio aplicado, de tipo descriptivo transversal, según la clasificación establecida por Hernández, Fernández y Baptista (2003). El fenómeno se estudió en el contexto natural

donde sucede y se buscó, en específico, encontrar elementos para describir los cambios que se generaron en la cultura organizacional de una institución prestadora de servicios de salud mental de carácter religioso en los últimos cinco años.

Para lo anterior, se partió del supuesto de que fenómenos organizacionales como la cultura y el cambio pueden ser estudiados desde una perspectiva social e interpretativa que conjugue aspectos instrumentales para su estudio.

Participantes

Participaron en total 35 colaboradores pertenecientes a las diferentes áreas (asistencial y administrativa), niveles jerárquicos y tipos de profesiones. Este número constituye una muestra representativa adecuada, para un nivel de confiabilidad del 95%.

Instrumento

Se utilizó el Taller de Mapeo de la Red Cultural construido por Schein (1985, citado por Ambrosini & otros, 1998), cuyo fin es generar las percepciones de los participantes con respecto a los aspectos culturales de la organización. Se realizaron ajustes teniendo en cuenta el nivel jerárquico, los tipos de áreas, profesiones existentes y antigüedad. Dichos ajustes fueron validados por una experta en el tema.

El instrumento consta de una metodología en la que se ha establecido el número de personas, tiempos, roles y actividades. El facilitador estuvo atento a que la información recogida diera respuesta a las preguntas guías, por cada una de las categorías establecidas para la descripción de la red cultural.

Procedimiento

La recolección de la información se realizó en los meses de noviembre y diciembre de 2007 y la sistematización y análisis se realizó en el primer semestre de 2008. El profesional encargado de recursos humanos envió un comunicado a las diferentes áreas o unidades de la clínica, informándoles acerca del objetivo del estudio, las personas que recogerían la información y el día, hora y lugar donde se esperaba su participación.

Se realizaron cinco grupos focales, conformados por personal directivo, administrativo, asistencial, en números de entre 5 y 7 personas cada uno. El promedio de duración fue de una hora a una hora y cuarto. El equipo investigador estuvo constituido por una coordinadora y una observadora participante.

Cada grupo focal se inició con una explicación de lo que constituye una red cultural y sus diferentes elementos. Luego se discutió cada componente de la red, buscando determinar cómo era antes de introducir los cambios gerenciales necesarios para poder funcionar como una IPS en Colombia, de acuerdo con el Sistema de Garantía de Calidad.

El proceso de recolección de la información sorteó algunas dificultades de comunicación, coordinación de horarios y manejo de turnos.

Para la recolección de la información, se realizó registro anecdótico de cada grupo focal. A continuación, se construyó una matriz de contenido para cada grupo en un cuadro de doble entrada. En el lado izquierdo de dicho cuadro, se plantearon las dimensiones, y, en

el derecho superior, el antes y el después de los cambios implementados. Para el análisis, se construyó una matriz integradora de los contenidos que se repetían y se destacó la importancia que pudieran tener en el logro de la descripción de cada uno de los componentes de la red cultural, en particular, la diferencia en la percepción del antes y el después.

Finalmente, se describió el mapa de la red cultural de la institución, relacionando datos y ofreciendo comprensión a lo encontrado, lo que aparece como resultados en el presente informe. Estos fueron validados con el gerente mediante una entrevista en profundidad.

RESULTADOS

Mapa de la red cultural

Enseguida se describirán los resultados según elementos constitutivos de la investigación, a saber: paradigma, rutinas, rituales, símbolos, historias, sistemas de control y la estructura formal de la organización, destacando aquellos que tuvieron una mayor relevancia para los participantes, bien sea por ser un contenido que se repite o por ser nombrado especialmente. Los datos arrojan en general una gran consistencia cualitativa y serán analizados y relacionados con la teoría y los hallazgos de otras investigaciones a medida que sean presentados.

Paradigma

En este contexto se entiende por paradigma la forma como se percibe la organización de acuerdo con los valores, creencias y actitudes que los participantes

asumen hacia ella. Por lo general, en las conversaciones cotidianas es donde el paradigma, se hace evidente, aunque a veces solo se observa en las prácticas también cotidianas, ya que los supuestos que lo sustentan no siempre se explicitan, pero, en cambio, se hallan a menudo implícitos y su naturaleza es inconsciente.

Las actitudes, creencias y prácticas reflejan la experiencia colectiva, que paulatinamente da origen a transformaciones en la forma de actuar, en el tipo de gestión y en el enfoque de los problemas.

En este orden de ideas, una metodología como la planteada permite esclarecer cómo la red cultural da cuenta de las transformaciones, e, igualmente, infiere que el paradigma de una organización es el núcleo de dicha red.

En el caso concreto de la institución sujeto de esta investigación, si se rastrea históricamente el paradigma, se encuentra que por el hecho de ser una institución tradicionalmente regentada por una comunidad religiosa, su funcionamiento conllevaba la cimentación del concepto de calidad, aún en una época en que no se hablaba de ella, lo que se evidencia en unas relaciones interpersonales profundamente cálidas con pacientes y trabajadores. De modo que, al introducirse en el léxico cotidiano el término calidad asociado con la acreditación, dejó intacto el sentido humano del trabajo. No en balde, la comunidad fundadora posee el carisma de la caridad hospitalaria según el modelo de Cristo simbolizado en su corazón. Lo que es evidente entonces en este caso es la integración de principios religiosos y directrices técnicas en la prestación del servicio de salud.

En efecto, el hecho de ser una institución de salud mental marca una diferencia con otras instituciones dedicadas al cuidado de la salud, por cuanto, en el imaginario colectivo, al considerar los ideales religiosos, suele aparecer la necesidad de mantener las emociones bajo control y, en especial, la agresividad. Esto le da a la institución una predisposición positiva con relación al servicio prestado, pues, según afirma Kenberg (1985): “Es importante que los terapeutas sean capaces de tolerar la agresión propia y ajena, sin negarla y pudiendo absorberla, sin someterse masoquísticamente y sin actuarla” (citado por Arteaga, 2002). Y es que existe tal temor a la locura que el enfermo mental se convierte en objeto de discriminación y en depositario del miedo a perder el propio control. Esto es principalmente cierto para el personal administrativo de esta clase de instituciones, que recibe una inducción en este sentido.

Si se tiene en cuenta la necesidad de permanecer calmadamente frente al enfermo para velar eficazmente por su seguridad y la de todos, la sensación de protección que proviene de un paradigma confesional se hace manifiesta en las narrativas de lo que sucedió antes de los cambios relacionados con la actuación de las religiosas: “Mi familia, las hermanas, lograban que todos nos sintiéramos en nuestra casa”, afirma uno de los participantes.

Ahora bien, cómo, a partir del enfoque postmoderno, se considera que la cultura organizativa es una construcción social que se genera en el trabajo mismo, el paradigma existente en esta institución cobra una gran importancia, pues, es desde este que se logran establecer modificaciones sustanciales en la forma de ejercer una

labor (Davies & otros, 2000). Sin embargo, los cambios paradigmáticos con miras a la calidad implican un enfrentamiento con una realidad en proceso constante, y, dada la historia de la institución estudiada, ello significa perder un poco la concepción del hospital como familia para pasar a la concepción del hospital como empresa, con las consecuentes ansiedades que esto genera.

Por eso, aunque entre los trabajadores continúa existiendo la familiaridad sin distinción de profesión o rango, este paso, de una familia de tipo matriarcal, en la que las relaciones jerárquicas estaban signadas por la cercanía afectiva, a la de empresa eficiente y económicamente sostenible, generaron en el personal sentimientos de abandono: “éramos una familia, ellas nos apoyaban mucho”, decía precisamente un empleado. Cuando se incrementó, en concreto, la rotación de personal debido a este cambio de paradigma, las relaciones perdieron en parte el grado de familiaridad que las caracterizaba. Hallazgos similares refiere García (2006), al puntualizar que los trabajadores de una institución percibieron que dejaron de ser una familia debido a los cambios ocasionados por el hecho de convertirse, el hospital donde se desempeñaban, en una empresa. A pesar de esto, de manera consciente, permanece la percepción del hospital como una “casa”, un “hogar”, en donde la concepción de “familia” se fortalece debido al trabajo que allí se realiza.

De otro lado, la transformación también implica un cambio en la misión, por cuanto antes “era una casa donde recibíamos personas muy necesitadas, personas que requerían ayuda”, ahora se reciben enfermos mentales de ambos géneros afiliados a algún servicio de salud. Este cambio, producto de la implementación de la Ley

100 y del Sistema de Garantía de Calidad en Salud, supone también cambios que afectaron a futuro la prevención y el trabajo comunitario, desvirtuando en alguna medida el trabajo asistencialista con pacientes, así como la percepción de sentirse protegidos por las hermanas.

Así también lo propone García (2006) al expresar: “La empresarización emplea relaciones más flexibles con los trabajadores: los lazos afectivos que caracterizan a la organización familiar se van debilitando en tanto los procesos se van desplazando hacia objetivos que apunten a la reducción de costos” (p. 153). Esto es vivido como pérdida en la estabilidad laboral.

En este sentido, es importante anotar cambios en la dirección opuesta, al pasar de expresiones como “mi casa” a “nuestra casa” o “en nuestra institución”. Este pasar de “mi casa” a “nuestra institución” indica que hay un proceso en el que no se es ya el menor de edad dependiente, sino un compromiso y una responsabilidad compartidos, que se manifiestan también al resaltar un trabajo en conjunto. Todo esto facilita la autorregulación por parte de quienes prestan el servicio.

Igualmente se resalta la fraternidad, la calidez, la calidad, el trabajo en equipo y el reconocimiento del otro en su diferencia como características importantes para el desarrollo de la labor, la cual se constituye por sí misma en un espacio de aprendizaje y crecimiento personal y laboral. Anteriormente, en efecto, las relaciones no tenían un énfasis en lo técnico, lo administrativo y lo legal. Su principal sentido consistía en establecer relaciones humanizadas para pacientes y trabajadores.

Se evidencia así que la calidad siempre ha estado presente en el trabajo de la institución, siendo esta parte del trato con el cliente interno y externo de la organización. No obstante, debido a los procesos implementados para la acreditación, la calidad ahora se percibe como “tangible” e igualmente la institución se postula como más flexible, innovadora y menos conservadora, aunque también más exigente en lo que concierne a estándares técnicos y de relaciones.

Ha habido, en síntesis, un cambio en la forma de hacer las cosas sin que esto quiera decir que antes se hacían mal. Ahora puede demostrarse que se hacen bien de un modo más rotundo. Un aspecto que debe destacarse es que la institución tiene ya una identidad que hace funcionar al personal dentro de parámetros muy precisos, logrando que los nuevos empleados se ajusten rápidamente a este o haciendo que “se retiren solos”.

Rituales

Se entiende por ritual una serie de acciones repetidas que “expresan y refuerzan los valores centrales de la organización así como las metas de mayor importancia” (Johnson Scholes, 1999). Pero si bien estos rituales refuerzan las rutinas, debe advertirse que también comportan un componente simbólico que entraña mensajes implícitos y que, por ello, no simplemente cumplen una función objetiva. Y, puesto que la institución comparte significados, estos se activan y reeditan de una manera permanente, conduciendo a resignificaciones.

Entre los rituales concretos de la clínica se encuentran las celebraciones y ceremonias propias de la organización. En este caso, por tratarse de una comuni-

dad religiosa, cobran valor los referentes a las celebraciones inherentes a su carácter confesional. Por ejemplo: la fiesta del fundador de la congregación, además, del 8 y el 24 de diciembre. Estas son ceremonias sociales y espirituales que se mantienen en el tiempo, pero hay otras actividades de carácter religioso o recreativo, tales como retiros espirituales y paseos, que han perdido paulatinamente la motivación aunque se sigue participando en ellas. Se aprecia, pues, cómo la cultura imperante se va transformando, de inminentemente religiosa y signada por la comunidad que la fundó, en una cultura con un sesgo laico en la cual lo administrativo va adquiriendo importancia. En este sentido, los empleados advierten que “ahora lo importante son los turnos” y que estos se privilegian sobre gratificaciones individuales: “Sor pagaba los turnos para la celebración de la navidad y que todos estuviéramos”; ahora los que están de turno en la celebración de Navidad no asisten a ella, porque “hay que cumplir con el turno”.

De otra parte, hay celebraciones que se mantienen desde la fundación, como son los cumpleaños de los empleados, las fiestas de fin de año y la semana cultural; no obstante, el volumen actual de pacientes ha implicado que “las hermanas se limiten a cumplir con sus obligaciones quedando los empleados en un segundo plano”, comenta un empleado participante, lo que se manifiesta como otro indicio del cambio, de hospital como familia, a hospital como empresa. Como se ve, existe un reconocimiento de las transformaciones que se percibe como un detrimento de las prebendas de los empleados. Así, anteriormente los empleados lograban hacer coincidir las vacaciones propias con las de los hijos, cosa hoy imposible de lograr.

En resumen, puede afirmarse que si bien muchas de las celebraciones institucionales se mantienen, ha cambiado la forma de participar en las mismas y el sentido que estas tienen entre los asistentes. El trabajo y el cumplimiento con la calidad cobran una gran importancia en la institución, pero los rituales anteriores y su significado pasan a otro plano porque ahora existen celebraciones orientadas a fortalecer la cultura de calidad en la institución.

Del mismo modo, es importante destacar la percepción de algunos empleados con relación a la carencia de incentivos y estímulos que muestren reconocimiento por la labor desarrollada, lo cual se debe también a la gran cantidad de trabajo y al enfoque en las labores administrativas. Hay “poca motivación en el personal”, fue una de las frases emitidas al respecto.

Símbolos

Los símbolos son objetos materiales que representan una idea y aun sin proponérselo se constituyen en elementos claves de la cultura. Según Johnson & Scholes (1999), “pueden ser objetos, acontecimientos, actos o personas que representan más de lo que son en sí mismos. Pueden ser cosas cotidianas que, no obstante, tienen significados especiales en el contexto de una determinada situación o una organización. Se afirma que la creación o manipulación de símbolos tiene consecuencias sobre el grado en que el cambio de símbolos puede volver a configurar las creencias y las expectativas” (p. 163).

En el caso de la clínica en estudio, el edificio mismo es un símbolo de su estabilidad en el tiempo. Ubicada en un barrio residencial, forma parte de un paisaje

que se ha ido transformando con las nuevas construcciones. Es la parte que concretiza el “conservadurismo” que aparece en los grupos focales. Las exigencias de la Secretaría de Salud del Distrito de Bogotá, en cuanto a estructura se refieren, han sido difíciles de cumplir por la construcción ya antigua, particularmente el acondicionamiento de rampas.

Es evidente, asimismo, el cambio en la cultura en lo que al escudo se refiere, que pasó a ser de un corazón cerrado a uno abierto, coherente, eso sí, con el carisma de la congregación. También se cambiaron los uniformes y los pisos, que en vez de utilizar un número, se designan ahora mediante letras. Por demás, como se ha dicho, ya no se habla de “casa” sino de “institución”, la señalización se efectúa con los colores corporativos (verde y magenta) y se carnetizan los empleados. Por último, hay logos característicos y la misión y visión son visibles desde el ingreso a las instalaciones. Es claro que, al explicitarse estos aspectos, la implementación del sistema de calidad se hace más visible para el cliente interno y externo.

Pero vale la pena indicar que los mismos procesos de cambio pueden ser simbólicos, trascendiendo los aspectos físicos ya señalados, como la variación en los uniformes. Es así como, por ejemplo, los incentivos y los sistemas de control, información y estructuras se constituyen en su dinámica en aspectos simbólicos que sustentan el cambio en la cultura. Al respecto, resulta interesante destacar cómo la construcción se fue ampliando para dar cabida a nuevos servicios.

El proceso implementado para lograr la acredita-

ción de calidad por parte del Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC) ha traído consigo la ampliación del léxico que se emplea en la construcción de la cultura y con él los simbolismos asociados al proceso. Así, las ideas que surgen con la ampliación de los posibles significados permiten reafirmar lo expuesto por Donabedian (1980), padre de la calidad en los servicios de salud: “...el mundo de las ideas y el mundo de la acción no están separados como algunos piensan sino que son inseparables uno del otro”. El cambio está en proceso y es asumido por algunos trabajadores en forma positiva y rápida; sin embargo, para la mayoría es vivido como algo impuesto que ha tensionado el ambiente y deteriorado su condición laboral.

Historias

Para Johnson & Scholes (1999), se entienden por historias las narrativas alusivas a lo que es importante en la organización en tanto “...destilan el pasado de la esencia de la organización, legitiman tipos de comportamientos...” (p. 70).

Las historias de la institución estudiada evidencian un cambio profundo respecto a quienes la conforman y a quienes se atendían, como también en lo correspondiente a la infraestructura con que se contaba, el manejo de los medicamentos, el volumen de trabajo, los servicios ofrecidos, el papel de las hermanas, la satisfacción de los colaboradores y las actuaciones de los psiquiatras.

La institución era una casa familiar en la que solo se atendían mujeres vinculadas al Seguro Social y cada piso estaba a cargo de una hermana. Muchas veces se utilizaba la fuerza para manejar a los pacientes, bien por

falta de medicamentos o bien por carencia de técnicas adecuadas para hacerlo. Además, el volumen de pacientes era bajo y la planta de personal, pequeña. Esto permitía mucha interacción entre los colaboradores y las hermanas. Los psiquiatras también eran pocos y su labor se centraba en medicar. Las personas de servicios generales trabajaban internas. “Las hermanas dirigían, habían más estímulos de ellas hacia nosotros”, comentan aquellas, y los implementos de trabajo denotaban austeridad: “no había licuadoras grandes, solo máquinas de escribir, la comida se transportaba en ollas por las escaleras”.

Ahora las historias hablan de reestructuración locativa, compra de computadores y adquisición de nuevos equipos. Ya no solo se atiende a los pacientes del Seguro Social sino que se abrieron contratos con otras IPS que tienen sus propias exigencias. En este contexto, la institución ofrece servicios nuevos, como tratamientos ambulatorios, hospital de día y se ha fortalecido la consulta externa. Por esto, el volumen de pacientes es muy grande, se atienden tanto hombres como mujeres y se cuenta con mucho más personal para prestar la atención. Ahora sí existen medicamentos para manejar al paciente y cuando se montó el hospital de día, “se tuvo que salir de los psiquiatras antiguos porque se formaron bandos con los nuevos”. La academia entró de lleno al hospital y surgió el concepto de trabajo en equipo y de interdisciplinariedad.

Definitivamente, el cambio ha sido en todos los aspectos, revelándose ahora la institución como una clínica moderna y tecnificada que necesariamente genera nuevas historias.

Las narrativas que justifican el presente con base en el pasado, contienen una memoria según el significado atribuido a lo vivido y constituyen la evidencia de un cambio en proceso: muestran el paso del trabajo “rudimentario” al trabajo “tecnificado”. Las historias recientes indican un crecimiento de la institución en cuanto a personal, servicios y reconocimiento en el ámbito local y nacional. Ya no hay tanta diferencia de género, “antes solo se atendían mujeres”.

Igualmente, en las historias se resalta la calidad como un factor importante y el cambio de significado de esta palabra en relación con la implementación de nuevos procesos y la forma de trabajo. Esto último se manifiesta en expresiones como: “las empleadas de servicios generales antes eran internas”.

Cabe resaltar cómo las historias de la comunidad religiosa cobran gran importancia en la institución, dándole identidad a la misma, pues, si bien esto ha cambiado por la reestructuración administrativa y jerárquica, tales historias marcan una diferencia entre el tipo de institución y el trabajo que se desempeña en la misma. No es por eso en balde la evocación de la institución como “casa”: “allí vivían las auxiliares de enfermería, las de servicios generales y se acogía a las hermanas visitantes”, precisan los empleados.

Rutinas

“Las rutinas son las formas específicas de hacer las cosas en una organización, que tienden a persistir a lo largo del tiempo y guían el comportamiento de las personas... es posible que la organización que consigue realizar sus actividades especialmente bien de determi-

nada manera, logre obtener auténticas ventajas competitivas. Sin embargo, también existe el riesgo de que esas mismas rutinas bloquean el cambio”, propone Johnson & Scholes (1999, p. 462).

Así, las rutinas indican las formas en que los miembros de la organización se comportan con respecto a los otros y vinculan las diferentes partes de la organización. Son una especie de lubricantes de la organización trabajadora y pueden proveer una organización distinta y benéfica. Sin embargo, ellas también representan una forma de conformismo respecto a la manera como las cosas deben suceder, lo cual es extremadamente difícil de cambiar. No obstante, la categoría de rutinas es tal vez la que evidencia mayores cambios en la institución estudiada en tanto se reconocen variaciones del trabajo que allí se realiza.

Como las rutinas son acciones concretas que se repiten cotidianamente son más fácilmente identificables y es aquí donde los empleados perciben el mayor número de cambios, olvidando así las transformaciones ocurridas en la dinámica institucional. Cabe, sin embargo, preguntarse si el énfasis puesto en las rutinas de control encubre un estancamiento en otros niveles.

Se detecta en este campo un aumento del volumen de trabajo; contratación de un mayor número de empleados; control de procesos a través de manejo de indicadores y registro sistematizado; menor tiempo para realizar las labores asignadas debido a la gran cantidad de trabajo (acoso laboral) y mayor presión para el cumplimiento de labores. Esto sin contar aspectos como la contratación con otras instituciones de salud (EPS, IPS)

y reportes de información a estas; enfoque de calidad y seguridad del paciente; interacción con compañeros para intercambiar experiencias e información; creación de consulta externa; servicios ambulatorios o capacitación.

Como se afirmó previamente, lo anterior evidencia la transición de un trabajo más “rudimentario” al desarrollo de una labor más tecnificada y controlada, debido a la implementación del sistema de calidad.

Sistemas de Control

Se puede decir, siguiendo a Johnson & Scholes (1999), que los sistemas de control hacen referencia a los mecanismos que permiten garantizar el seguimiento de los estándares de calidad establecidos para una institución.

Si bien en la organización existía cierto tipo de control, a partir de la implementación del sistema de calidad, se evidencia un aumento de este en lo que se refiere al personal, los insumos materiales y los procesos asistenciales, que ahora se estructuran según tiempos y actividades. De aquí se desprende una estricta rigurosidad en la ejecución de las labores y una documentación y sistematización de todo lo que se hace en la organización. De este modo, el incremento en el control se halla ligado a la necesidad de vincular la calidad al rigor que se requiere para garantizar una optimización de recursos y de “tiempos y movimientos” de los mismos en pro de la satisfacción del cliente externo. Y, si bien estos controles permiten el logro de metas, también es cierto que restan espontaneidad a las acciones.

Es así como se menciona específicamente un *versus* con lo anterior: la utilización actual del reloj, que

debe utilizar el personal, con excepción de los médicos, para marcar horas de entrada y salida. Las comidas se sirven con horario, se cocina solo lo indispensable y se lleva un inventario de las mismas. En cuanto a la presentación personal, “se cambia el uniforme siempre que sea necesario”, “las uñas no deben pintarse”, “hay vigilancia” y “hay jefe”.

Ahora, en suma, existe control de “bioseguridad”, manejo de “historia clínica sistematizada”, la farmacia administra medicamentos por “unidosis”, registro de todo, “utilización de protocolos enlazando todos los procesos”, “sustentación del proceso que se realiza”, “presentación de informes semestrales”. En términos conclusivos, la preparación para la acreditación fortaleció el orden en los registros y en la difusión de la información.

Estructura formal

La estructura formal comprende elementos claves de la organización como tamaño, racionalidad, liderazgo, formalización, estructura jerárquica y especialización (Méndez, 2005). A través de las jerarquías, se maneja el poder y los mecanismos que regulan las relaciones entre los grupos que conforman la organización (Johnson & Scholes, 1999).

En cuanto al tamaño, en los últimos diez años, la clínica incrementó el número de camas disponibles; consiguió contratos con un mayor número de EPS; abrió nuevos servicios; contrató más profesionales y modernizó tanto las instalaciones físicas como los sistemas de información y atención psiquiátrica.

En esta categoría, se evidencia que la institución realiza una transición de un poder centralizado (en las religiosas) a un poder compartido (religiosas, jefes administrativos y científicos) en el que se empieza a desarrollar un trabajo en equipo colaborativo y con mayor participación del personal. Es claro que el papel de mando de las religiosas se mantiene, pero ahora su poder y decisiones se apoyan en los nuevos jefes y gerentes.

Debido a los cambios en los controles y en las jerarquías, la estructura de la institución ha cambiado, orientándose ahora más a la flexibilización, al trabajo en equipo, la interdisciplinariedad, la esquematización y la regulación de procesos. He aquí las frases que sustentan estas percepciones: “Se privilegia el diálogo, la discusión para generar estrategias y escucha”; “los pacientes duran menos tiempo hospitalizados”; “antes, todo lo definía la directora y la ecónoma, ahora más colaboradores desarrollan dicho trabajo”; “no existían área de recursos humanos ni salud ocupacional, las hermanas hacían la selección de los empleados”; “ahora existe un programa de préstamos a los empleados”.

Sin embargo, existen percepciones que manifiestan insatisfacciones, como las referidas a los trámites: se necesitan “muchos trámites para cambiar un turno y muchas veces termina sin ser autorizado”, “tanta jerarquía implica tramitología y problemas de clases”.

También en este último sentido, es reiterativo el comentario acerca del “acoso laboral”, que pareciera darse con la presión permanente y el control estricto de los diferentes niveles jerárquicos. Peiro (2004) destaca

cómo estos son los efectos derivados de la globalización, los cuales traen cambios en los sistemas de trabajo que los individuos asumen como una desmejora en las condiciones laborales.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Puede afirmarse que en esta institución prestadora de servicios de salud mental de carácter religioso aparece en construcción la cultura de calidad. Esta cultura se inició con la fundación de la clínica, aunque sin precisar sus términos ni sus alcances, y ha dado origen a una identidad colectiva basada en valores como calidez, fraternidad y calidad, que priorizan el sentido humano del trabajo.

Dicha cultura se relaciona de manera directa con un paradigma que ha sufrido transformaciones a partir de la Ley 100, lo que en términos generales ha implicado aumentar eficiencia y disminuir costos. Así, se ha incrementado el número de empleados administrativos y se ha llevado a cabo una capacitación específica del personal. Estos cambios han generado un *versus* con parámetros como “colaboración”, “confianza” y “afecto”, que los empleados reivindican como elementos destacables de la estructura anterior.

Pero también el estatus del paciente ha cambiado radicalmente al convertirse en cliente. Su satisfacción conlleva, por tanto, un valor agregado y con ello una redefinición de roles del personal que lo atiende, con los consiguientes cambios en los tipos de vínculos que se establecen. Ahora bien, si entendemos por vínculo el con-

cepto de Pichón-Rivière, (1984) quien lo define como: “una estructura dinámica en continuo movimiento, que engloba tanto al sujeto como al objeto, en todo momento el vínculo lo establece la totalidad de la persona” (pp. 13 y 23), en el caso de las transformaciones hacia la acreditación, el vínculo puede llegar a establecerse sobre la base del control y el orden, es decir, como un vínculo con predominio de características obsesivas. Tal parece ser el caso de lo ocurrido en la clínica estudiada, por cuanto el paciente desaparece como tal en los grupos focales para enfatizarse en el control de los procedimientos y en rutinas particulares.

Otro tanto se advierte en la transformación de los vínculos de los empleados con las religiosas. Ahora los aspectos administrativos copan la posibilidad de las hermanas en detrimento de vínculos afectivos cercanos con el personal, cosa que produce en ellos nostalgia por la aparente ruptura con una historia y un tiempo determinado.

En las narrativas se destaca, en efecto, el trato humano que las hermanas proporcionaban al personal laico que laboraba en el hospital y, al compararlo con las historias actuales, se revela que, en la percepción de los empleados, ha habido una disminución en la cantidad y en la calidad del tiempo que las hermanas les dedican, lo que en algún sentido los hace sentirse desprotegidos frente a sus propias vivencias.

Es bueno preguntarse si estos sentimientos de desprotección influyen en el tipo de vínculo que establecen los trabajadores con los pacientes, puesto que deben manejar individualmente muchas ansiedades generadas por

el tipo de enfermedad que atiende la institución, lo cual entraña de manera inconsciente el miedo a la locura.

Es evidente que el paradigma institucional está atravesado por lo afectivo, pues, como se ha reiterado, hay una añoranza por la atención que las hermanas le prestaban al personal y un sentimiento de abandono que inconscientemente intensifica los temores al trabajo mismo. Es claro entonces que, como lo propone Davies y otros (2000), las creencias y valores son muy resistentes al cambio y es más fácil de lograr en el ámbito de las manifestaciones externas.

El elemento central del paradigma vigente en la institución se caracteriza por las relaciones interpersonales, que parecerían ser el núcleo alrededor del cual se estructuran los cambios.

En términos generales, las historias se refieren al cambio, estableciendo un paralelo entre el antes y el después de las estrategias del establecimiento del Sistema de Garantía de Calidad.

La integración entre el nuevo esquema administrativo y las prácticas que se venían realizando en la congregación ha generado tensiones que al parecer se han ido resolviendo parcialmente, pero que requieren una mayor negociación.

De manera general, se puede decir que la información recogida permitió establecer que los cambios realizados en la institución son percibidos por los colaboradores como positivos, en tanto se han formalizado

los procesos y procedimientos, fortaleciendo la calidad de los servicios prestados a los pacientes. Pero, al mismo tiempo, es claro que las condiciones laborales se han visto afectadas porque existe una mayor carga de trabajo, se perdió la familiaridad y apoyo que brindaban las hermanas y el nivel de motivación no es tan alto como el que sentían tiempo atrás.

Estos hallazgos son similares a los encontrados en las investigaciones realizadas por García (2006) y Barbosa, Cárdenas, García, More y Muñoz (2008), quienes plantean que, en el proceso de transformación de los hospitales en empresas, con miras a asumir la salud como un bien de consumo, se han generado cambios en las prácticas y discursos que han incrementado los niveles de seguridad y eficacia en el trabajo, pero también estas transformaciones han implicado deterioro en las condiciones laborales, en la satisfacción de los profesionales de la salud frente al trabajo y en las relaciones entre compañeros de trabajo y con el paciente-cliente.

Finalmente, puede afirmarse que en todas las categorías de la red cultural resulta consistente la aparición de transformaciones, pero también es obvia la resistencia al cambio. Cambio necesario para responder a las exigencias del Sistema de Garantía de Calidad y que proviene, entre otros aspectos, del personal nuevo que ingresa con estilos propios de relación y metas prioritarias diferentes. Y es que el cambio se da en función de necesidades reales sentidas, pero también de necesidades individuales inconscientes. Como lo sugiere Robbins (2004), aceptar el cambio aunque haya resistencia al mismo es el comienzo de múltiples transformaciones.

REFERENCIAS

- Ambrosini, V.; Johnson, G. & Scholes, K. (1998). *Exploring techniques of analysis and evaluation in strategic management*. Inglaterra: Prentice-Hall.
- Barbosa, L.; Cardenas, E.; García, L.; More, L. & Muñoz, L. (2008). Establecimiento de una línea de base de la cultura de la seguridad de los pacientes en un hospital universitario en Bogotá. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología* (1), pp. 19-28.
- Davies, H.; Mannion, R. & Nutley, S. (2000). *Organizational culture and quality of health care*. Disponible en: <http://qhc.bmjournals.com>
- Donabedian, A. (1980). *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. México: Editorial La Prensa Médica Mexicana.
- García, C. Abr. (2006). Una aproximación al concepto de cultura organizacional. *Revista Universitas Psychologica*, Vol.5, No.1, pp.163-174.
- García, C. Abr. (2006). El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores. *Revista Universitas Psychologica*, Vol. 6. No. 1. *Revista Universitas Psychologica*. Vol. 5, No. 1, pp. 143-154.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Johnson, G. y Scholes, K. (1999). *Dirección estratégica*. Madrid: Prentice-Hall.
- Méndez, C. (2005). Dos estudios de caso sobre cultura organizacional en Colombia. En: *Gestión en Salud*: Centro Editorial Universidad del Rosario.
- Ministerio de Salud. República de Colombia. Ley 100 de 1993. *La Seguridad Social en Colombia*. Bogotá: Author.
- Ministerio de Salud. República de Colombia. *Decreto 2174 del 28 de noviembre de 1996*. Bogotá: Author.
- Ministerio de Protección Social. República de Colombia. *Decreto 2309 de octubre de 2002*. Bogotá: Author.
- Peiro, J. (2004). El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. *Universitas Psychologica*. Vol. 3, No. 2, pp. 179-186.
- Pichón-Rivière, E. (1984). *Teoría del vínculo nueva visión*. Argentina.
- Posada, J. (1996). *Calidad de los servicios de salud mental en Santafé de Bogotá D.C.* Bogotá: Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.
- Robbins, S. (2004). *Comportamiento organizacional*. México: Pearson Educación.