

Los Estados de Animo en los Procesos de Cambio En Los Hospitales de Chile

Attitudes and Feelings in the Processes of Change in Chilean Hospitals.

Dr. Alvaro Martínez Herold*

I. Introducción.

Mucho se ha escrito acerca de las diferentes y variadas estrategias de gestión que se proponen hoy en día para hacerse cargo del difícil desafío de la administración hospitalaria.

A menudo nos hemos sentido abrumados por la cantidad de escritos que, en los más diversos estilos y con la mayor variedad de detalles, nos dan cuenta de indicadores de gestión (desde los más tradicionales hasta los más novedosos e ingeniosos), economías de escala, centros de costo y utilidad de los diferentes comités que deberían hacer de la gestión hospitalaria un flujo creciente y fecundo en ideas, proyectos y cambios. Todos por cierto, en beneficio directo de nuestros usuarios – clientes.

Por otro lado, la fuente más importante de todo este bagaje de conocimiento, indispensable para la administración de instituciones de salud, son hoy en día las universidades tradicionales y privadas que han asumido la gran “cruzada” de transformar las mentes de quienes están haciendo que el sistema funcione en verdaderos “gestores en salud”, montando, de paso, pequeñas máquinas de negocios que reportan no pocas utilidades a las siempre escuálidas arcas universitarias.

El noble principio de esta “cruzada” es alcanzar la masa crítica de gestores necesaria para que los cambios positivos necesarios se realicen efectivamente y que no exista vuelta atrás. Sin embargo, llevamos ya un buen tiempo con decenas de intrépidas y animosas generaciones de egresados por año, sin alcanzar tales propósitos, lo que nos hace plantear-

nos: ¿cuánto falta para alcanzar esta ansiada masa crítica que viene a ser una suerte de santo grial en la “cruzada” de la gestión en salud y que como tal parece a veces cercana, pero que en un pestañear se ha alejado nuevamente?

No cabe duda de que la profesionalización de las autoridades hospitalarias ha sido, en los últimos años, el resultado natural y necesario de los cientos de cursos, diplomados y programas de maestría en gestión en salud. Hoy es habitual que los directivos de hospitales, tanto médicos como aquellos provenientes de otras disciplinas, tengan capacitación formal en administración y gestión hospitalaria. Sin embargo, ¿por qué razón no se refleja esta profesionalización en los resultados de la gestión de la mayoría de los hospitales? ¿Qué más nos hace falta?

Para buscar la respuesta propongo mirar aquellos hospitales que han logrado alcanzar profundas transformaciones sin vuelta atrás: casos como el del Hospital Luis Calvo Mackenna o el del Instituto Nacional del Cáncer y, de manera incipiente, el del Hospital Clínico Félix Bulnes, cuya experiencia es el objeto de este artículo. Más allá de cifras de producción y de endeudamiento, la gran diferencia con otros hospitales es, a mi juicio, el manejo de los estados de ánimo.

II. Los Estados de Animo.

Entiendo por estados de ánimo aquellas disposiciones con que las personas enfrentan el futuro. Son estados mucho más permanentes que las meras

* Ex Director Hospital Clínico Félix Bulnes, <amartinezherold@hotmail.com>

emociones y que van más allá de un estar contento o triste por algo en un determinado momento.

Los estados de ánimo son algo así como la tonalidad emocional con que los seres humanos "pintan" el mundo, en una conversación que siempre habla de posibilidades de futuro. Por ello, son también el verdadero motor de las acciones humanas, lo que los remite más a la emocionalidad que a la racionalidad de nuestro accionar.

Tal vez, a modo de ejemplo, podríamos citar el concepto, para mi gusto un tanto manoseado, de la llamada inteligencia emocional, que ha tenido la virtud de introducir en nuestras reflexiones una interpretación acerca de por qué algunos individuos reconocidamente inteligentes y habilidosos tienen fracasos rotundos en sus vidas profesionales mientras otros, menos brillantes, son absolutamente exitosos.

El liderazgo no consiste en otra cosa que saber escuchar e interpretar las preocupaciones de las personas, y los estados de ánimo son la manifestación espontánea y obligada de tales preocupaciones. Luego, si sabemos ver y escuchar estos estados de ánimo, tendremos recién la llave para diseñar nuestra estrategia de cambio.

III. La situación en los Hospitales.

Los estados de ánimo preeminentes y transversales que con seguridad se replican en la gran mayoría de los hospitales públicos de nuestro país son, a mi juicio, los de resentimiento y resignación: hacia las jefaturas (cualesquiera que estas sean), hacia el Estado, hacia los medios de comunicación e, incluso, resentimiento hacia el mismo usuario, que es el centro de nuestro quehacer. Basta con observar detenidamente el accionar de los distintos dirigentes gremiales en el sector salud, los cuales hacen su "gestión gremial" desde y hacia un ánimo de resentimiento. Se podrá reconocer inequívocamente este tipo de discurso al escuchar frases que evocan situaciones de pasado tales como: "siempre nos han..."; "históricamente hemos..."; "nunca ha existido..."; "nada va a cambiar...", etc.

El ánimo de resentimiento es siempre y ante todo una conversación acerca de posibilidades de futuro truncadas por responsabilidades de otro u otros; el de resignación nos habla de un futuro que no ofrece mayores posibilidades. En ambos casos, las personas sienten que no tienen oportunidades para tomar las riendas de su propio futuro y, consecuentemente, dejan también de soñar con uno propio.

Estas observaciones no tienen el ánimo de ser peyorativas. Antes bien, buscan introducir distinciones que pueden ayudarnos a enriquecer nuestras prácticas de gestión. De hecho, si nos propusiéramos asignar responsabilidades respecto de esta situación, en primer lugar tendríamos que mencionar a la comunidad de salud toda, con una especial mención a sus propias autoridades.

IV. Estrategias.

A continuación se presentan algunas de las estrategias abordadas por el Hospital Clínico Félix Bulnes para revertir estados de ánimo negativos y que sirvieron de sustrato para generar procesos de cambio en la gestión hospitalaria. Invito al lector a intentar identificar situaciones comunes con sus propios hospitales lo que puede representar sin duda también, una oportunidad de cambio.

1. La construcción de identidad.

La búsqueda de algún denominador común positivo que pueda aglutinar las emociones de la mayoría de los funcionarios y usuarios puede llamarse construcción de identidad. Más que un logo o imagen, representa un concepto de unidad, una visión común. De igual forma que la estrella de David es más que una estrella para el pueblo judío y la medialuna más que una medialuna para el pueblo árabe. Ambas representan el sentido de comunidad. Desde una identidad clara nacen estados de ánimo positivos, de futuro.

La construcción de identidad (o re-construcción) puede darse de diversas formas: rescatando imágenes históricas de la institución (fotografías, personajes, etc); creando una imagen corporativa, creando fundaciones, generando eventos artísticos, culturales y deportivos, creando algún medio de difusión propio como un diario, boletín periódico o sitio web que represente la vida de la institución.

En suma, la identidad puede desarrollarse cultivando enriqueciendo las tradiciones más puras en que una comunidad de salud se ha forjado históricamente.

2. La relación con los medios de comunicación masivos.

El comunicar es inherente a todo ser humano. Inclusive en el más absoluto silencio las personas están

comunicando algo (culpa, miedo, inseguridad, etc).

Por otro lado el rol clásico de la prensa, esto es, la entrega de información, construye en la opinión pública una colección de interpretaciones que, independientemente de su veracidad, constituye nuestra identidad pública.

Por lo anterior, salta a la vista que todo hospital DEBE necesariamente contar con un departamento de comunicaciones profesional, claro y con una política de puertas abiertas con todos los medios de comunicación, que le permita a la institución participar en parte de esta construcción de realidad. Dicho de otra forma: se puede pelear desde o por la prensa, pero de ningún modo con la prensa, la que, si le cerramos la puerta, va a entrar por la ventana.

Una mala estrategia comunicacional genera tarde o temprano estados de ánimo negativos en los funcionarios del propio hospital y del propio usuario.

Baste con imaginar la angustia que se le puede generar a un paciente que debe acudir necesariamente a un determinado hospital y que se entera por los medios de comunicación de una realidad negativa acerca de éste. A su vez aquel funcionario que siente que trabaja en un lugar sindicado por la prensa como malo también genera un grado de resentimiento que lleva indefectiblemente a la frustración.

Es fundamental entonces canalizar adecuadamente las diferentes situaciones de conflicto potencial con los medios y, a su vez, producir noticias consideradas "positivas", por las cuales la prensa también es ávida y que constantemente se están generando en los hospitales (sólo hay que identificarlas). Esto puede ayudar a revertir la situación descrita anteriormente.

Ahora bien, la mera producción de noticias positivas tampoco es algo que baste por sí mismo: si la información de que dispone la opinión pública no guarda una mínima coherencia con las prácticas efectivas de la institución, los resultados pueden ser aún peores.

3. Las comunicaciones internas.

Cuando los funcionarios se enteran con claridad de las políticas y los objetivos de la institución pueden llegar a sentirse partícipes de ellas, lo que puede sin duda revertir grados importantes de resentimiento. En este punto todas las iniciativas son bienvenidas: diarios murales, boletines mensuales, sistemas de altavoces, programas radiales en radios comunales, asambleas masivas periódicas, etc. No es útil temer a

la crítica pública: ésta puede constituir una gran oportunidad para identificar estados de ánimo negativos y, a partir de ello, implementar medidas para revertirlos. El peor enemigo de la dirección de un hospital es la desinformación de sus funcionarios.

4. Las prácticas marginales.

Una fuente de oportunidades, en lo que dice relación con la mejora de los estados de ánimo, está dada por la observación de prácticas marginales. Me refiero aquí a todas aquellas actividades que habitualmente son catalogadas como "sin importancia" y que no tienen que ver con el giro central del negocio, como son los clubes deportivos, los grupos folklóricos, pastorales, y otros similares.

Estas prácticas, por lo general, tienen el valor de ser completamente "puras" en su origen, es decir fueron generadas por iniciativas de los propios funcionarios con el único objetivo de generar estados de ánimo positivos, lo cual las mantiene en funcionamiento por décadas aún sin recursos.

Por esta razón es absolutamente necesario identificar estas prácticas y potenciarlas. De hecho, por su condición de "puras" son relativamente fáciles de estimular y desarrollar.

5. La relación con la Comunidad.

Las organizaciones comunitarias, también llamadas "fuerzas vivas", se encuentran muchísimo más organizadas de lo que podríamos suponer y representan nuestro verdadero sentido de misión. Son claramente nuestro cliente. A pesar de lo anterior, con frecuencia su relación con la mayoría de hospitales es mínima a pesar de que el denominador común de estas es precisamente las ganas de participar y colaborar con "su" hospital.

Un cliente insatisfecho, al no tener canales fluidos de comunicación con su prestador de salud ("su" hospital), tiende a cambiar de prestador. Pero al no poder cambiarlo tiende con seguridad a generar estados de resentimiento y posteriormente, resignación. Esto, por supuesto, también se trasmite a los funcionarios.

Medidas simples de alto impacto son: la creación de voluntariados propios de la institución, la creación de oficinas de reclamos cara-a-cara, la generación de programas radiales en radios comunales y encuentros periódicos una o dos veces al año con dirigentes de la comunidad.