



José Serlin
Roxana Dubois
Claudia Morbelli
Marisa Parolin
Rubén Rodríguez Garay

Instituto de Investigaciones y Asistencia Tecnológica en Administración

IDENTIDAD Y CULTURA ORGANIZACIONAL

APLICACIÓN A UNA ORGANIZACIÓN PÚBLICA DE SALUD

OBJETIVOS Y ALCANCE DEL TRABAJO

El presente trabajo de investigación tuvo como principal objetivo efectuar un diagnóstico de los factores culturales de la organización elegida – Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez- para poder apreciar y comprender sus rasgos culturales básicos.

El actual Hospital de Emergencias Dr. C. Alvarez es el más importante hospital de adultos de la red municipal, con alto grado de desarrollo en el área de las emergencias, siendo centro de referencia para trauma, accidentología y quemados. Funciona como referente regional atendiendo pacientes de las distintas localidades de la provincia de Santa Fe y provincias vecinas. Es reconocido como centro quirúrgico de alta complejidad en cirugía general ginecológica, urológica, vídeo – endoscópica, máxilo – facial, neuroquirúrgica, oftalmológica, traumatológica y quemados. Se constituye, además, como una unidad docente de pre y posgrado de la Universidad Nacional de Rosario.

En la actualidad cuenta con un total de 145 camas de internación, incluidas la Unidad de Terapia Intensiva con 10 camas, Unidad Coronaria con 6 camas y Unidad de Quemados con 7 camas. Existen 4 quirófanos centrales y 2 quirófanos de endoscopia. Su dotación es de aproximadamente 850 personas comprendiendo enfermeros, médicos, técnicos, muca-mas, personal de mantenimiento, de vigilancia y administrativos.

El estudio se centró, en esta primera etapa, en el **Área de Emergencia Primaria _ A.E.P.**, conocida comúnmente como Guardia , por ser considerada ésta como una unidad fuertemente representativa del perfil del hospital.

La investigación será así explicativa y descriptiva (campo de la sociología) más que transformacional para moldear la cultura organizacional con intenciones de adaptarla a los propósitos estratégicos (campo de la administración).

Las conclusiones podrán ser utilizadas para una reorientación cultural, efectuar cambios socioculturales adaptativos, revitalización de aspectos funcionales y efectuar otras transformaciones tenues o profundas.

Las propuestas de cambio exceden el alcance de este trabajo.

METODOLOGÍA



El enfoque metodológico aplicado fue la etnometodología que implica una observación participante por parte del investigador y la realización de entrevistas, en este caso, a los miembros del equipo de salud.

El significado de la etnometodología puede ser planteado como la metodología de los miembros de un grupo para dar sentido a su mundo social.

El etnometodólogo actúa como si una persona totalmente extraña tuviera que aprender cómo llegar a ser un miembro de un grupo funcionando rutinariamente. Para hacerlo, conduce entrevistas en profundidad o realiza observación participante. Se desvía de la estrategia no manipulativa y no obtrusiva empleado por la mayor parte de la estrategia cualitativa de investigación, empleando lo así llamado "experimento metodológico".

La etnometodología está centrada en el carácter unívoco de cada situación social. Rechaza explicaciones de tipo deductiva en las ciencias sociales, enfatizando al igual que el interaccionismo simbólico, la necesidad de escudriñar en los significados que la interacción social tiene para aquellos que participan en ella.

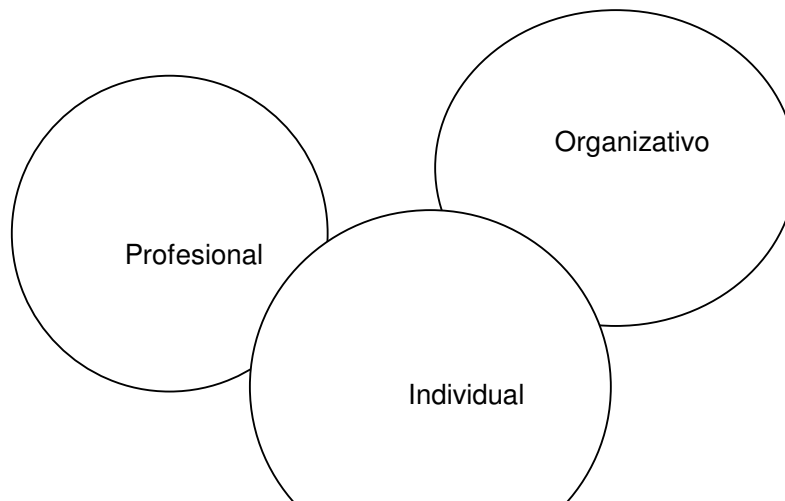
La etnometodología se concentra en el mundo cotidiano, donde la subjetividad es un problema que todos debemos resolver como una interrogante práctica diaria. Presenta un mundo social que es intersubjetivo donde todos nosotros, utilizando buen criterio, interpretamos tanto las acciones propias como las acciones de los demás.

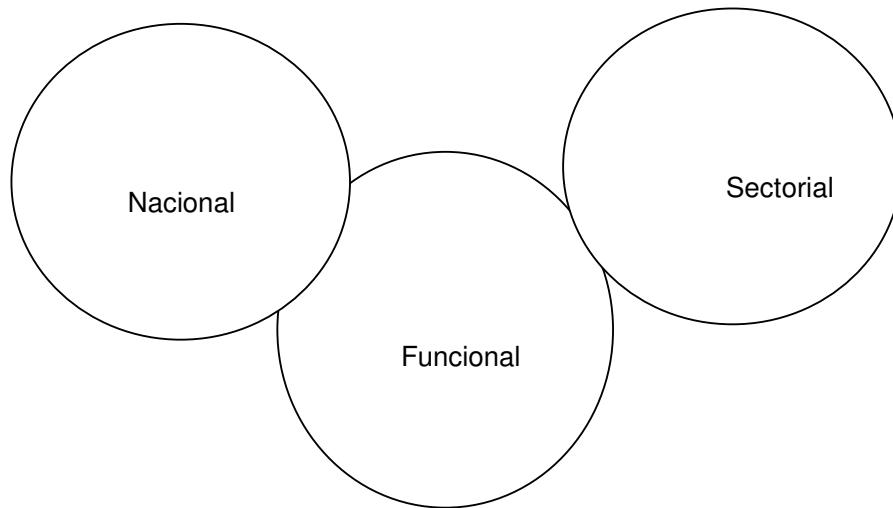
En otras palabras, los etnometodólogos no están interesados en lo que la gente está pensando sino en lo que ellos están haciendo.

MARCO TEÓRICO

La cultura organizacional es " el nivel más profundo de los supuestos y creencias básicos, 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 del contexto (Schein).

Estos supuestos o creencias que influyen en el comportamiento de las personas pueden provenir de diferentes fuentes y por lo tanto existen distintos marcos de referencia cultural.





Cuadro: Marcos de referencia cultural (Adaptado de Johnson y Scholes, 2001, Pag. 211)

La cultura profesional, en la organización a estudiar, puede ser una poderosa influencia, proveniente de la pertenencia a asociaciones profesionales como médicos o enfermeros con expectativas muy fuertes en cuanto a los objetivos de cuidado de la salud que marca prioridades a la hora de tomar decisiones y asignar recursos.

La cultura sectorial, va creando supuestos comunes referidos a la forma en que funcionan y deben ser administradas o gestionadas organizaciones que producen servicios destinados a satisfacer necesidades en el campo de la salud.

Existe una suerte de cultura dominante en el sector acerca de las formas de comportamiento, que varía a su vez si la organización opera en el sector privado o en el público.

La cultura organizacional se va creando con supuestos, creencias, valores alimentados por las declaraciones de sus directivos y las descripciones acerca de las conductas apropiadas (procedimientos, normas, etc.).

Estos componentes formales son modificados por los comportamientos informales.

La cultura funcional, responde a la idea de subculturas existentes dentro de cada organización. Está asociada fuertemente a las configuraciones de la estructura organizativa.

El lugar geográfico de las operaciones o la especialización funcional (finanzas, enfermería, cuidados intensivos, etc.) genera expectativas distintas en cuanto a los comportamientos.

La cultura nacional establece convicciones compartidas por la comunidad que se van arraigando a través de las tradiciones, las leyes, los usos y costumbres, la opinión pública , los medios de comunicación social, etc. En cuestiones como las condiciones de empleo, las responsabilidades, la intervención del gobierno, las expectativas de los pacientes, etc.

Esta cultura nacional , a su vez puede tener perspectivas regionales o locales que pueden determinar distintas expectativas

Esta gama de influencias culturales interactúa y compone una red cultural compleja a tener en cuenta para la comprensión de las conductas de los miembros de una organización



dada.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

DIAGNÓSTICO CULTURAL

El impacto de la cultura en el funcionamiento de la unidad investigada ha sido inferido a partir de las observaciones y entrevistas efectuadas a personal que desempeña diversas funciones y ocupa distintos cargos y niveles jerárquicos dentro del subsistema estudiado.

Los integrantes de la unidad han relatado sus experiencias, las formas de relaciones, las razones de sus trabajos, sus sentimientos y emociones.

Sus descripciones muestran las consecuencias o resultados de la cultura de la unidad.

Conjuntamente con las observaciones hemos podido apreciar "la forma de actuar de la unidad" como un resultante de los valores, comportamientos, convicciones y presunciones compartidas.

Las inferencias de las entrevistas y observaciones se describen en los puntos siguientes.

Organización formal

El Área de Emergencia Primaria opera bajo la dirección de un Jefe de Servicio del que depende un Jefe de Guardia por día y el que a su vez, tiene a su cargo tres médicos especialistas que cumplen turnos de 12 horas.

Los médicos de guardia están formados especialmente en emergencias y en cada guardia debe haber, como mínimo, un cirujano. Los otros médicos pueden ser de otras especialidades, tales como clínicos o traumatólogos.

El ingreso de los profesionales es por concurso.

Los postulantes por lo general, son médicos que han hecho su residencia en el mismo hospital o provienen de otros efectores con características similares. La experiencia en emergenciología es muy valorada.

A los tres médicos de guardia, se le suman los especialistas de guardia (neurólogos, traumatólogos, nefrólogos, etc), los médicos en formación, que realizan postgrados en diversas especialidades, los pasantes (médicos generalistas) y medicatos de la Facultad de Medicina.

Todos los profesionales acuden a la guardia cuando son requeridos y según la patología particular o situación de emergencia a resolver.

La permanente rotación de cargos desemboca en una cadena de mando percibida como desorganizada y por momentos con comunicaciones poco claras.

Esta "desorganización" percibida, proviene en parte de la estructura que define para algunos integrantes como los enfermeros una doble dependencia: funcional por el cargo desempeñado y directa por la asignación al Servicio.

También se percibe que parte de esta sensación de desorden, es motivada por las ca-



racterísticas propias del trabajo. Las emergencias en cuanto a su magnitud y tipología son siempre distintas imponiendo a la unidad respuestas bajo la presión del tiempo, que por momentos pueden ser apreciadas como fuera de control.

Precisamente, los valores instrumentales y finales compartidos, reemplazan las directivas precisas y permiten que en lo asistencial, no existan conflictos que afecten el servicio.

Dotación

La unidad está conformada por personal médico, de enfermería, camilleros, mucamas y administrativos. Trabajan en forma directa y permanente en el sector un Jefe de Servicio, siete jefes de guardia, uno por cada día de la semana y tres médicos de guardia por día cumpliendo guardias de 12 horas.

El departamento de Enfermería tiene asignados al A.E.P. veintiséis enfermeros – incluido el enfermero jefe – y seis camilleros, divididos en cuatro turnos de seis horas cada uno.

El servicio de limpieza es realizado por mucamas de la propia institución que en un número de diez mantienen la higiene del sector.

El sector administrativo a cargo de la admisión e ingreso de los pacientes cuenta con un responsable del cual dependen doce empleados.

La dotación del área es percibida como adecuada pero se satura rápidamente en el caso de emergencias de cierta magnitud.

Relación laboral o contractual

El Jefe de Servicio del AEP y los Jefes de Guardia, son personal de la planta permanente de la Municipalidad de Rosario, en tanto que los médicos de guardia son contratados bajo la modalidad de contratos de locación de servicios, percibiendo honorarios por el cumplimiento de las guardias.

Los integrantes del sector, en especial los médicos de guardia, que no forman parte de la planta permanente, perciben la relación laboral como inestable y como un contrato de locación eventual. Esta situación acarrea inconvenientes en casos de enfermedades, vacaciones, permisos y otras contingencias laborales que generan en algunos integrantes cierto grado de insatisfacción.

SISTEMA CULTURAL

Misión y propósito central de la unidad

Los profesionales tienen una clara comprensión de la misión de la unidad.

La prioridad es la atención de "emergencias", entendiendo por tales aquellas patologías que suponen riesgo inminente de muerte, por caso una herida en la carótida. En cambio una "urgencia" supone una patología de gravedad que no implica riesgo inminente de muerte, pero que puede convertirse en emergencia luego de un plazo sin atención.



La función principal de los médicos es "pesquisar" qué patología es grave y cuál no.

El Área de Emergencia Primaria, atiende aproximadamente entre 120 y 130 pacientes por día (generalmente politraumatizados, con heridas de balas, por accidentes de tránsito, por intoxicaciones, por intentos de suicidio y otros casos similares)

El 50% de los pacientes son traídos por ambulancias privadas o por el SIES (Servicio Integrado de Emergencia Sanitaria) que sirve en forma conjunta a la Provincia de Santa Fe y a la Municipalidad de Rosario.

Los médicos de guardia realizan un "screening inicial" , derivan a quienes tienen Obra Social propia y asignan los casos según su gravedad y patología a los especialistas de guardia y demás profesionales integrantes de la unidad.

Este procedimiento, en principio claro y preciso, ocasiona conflictos y dificultades.

El prestigio de la Organización en cuanto a la calidad de sus servicios y la pérdida de cobertura de las obras sociales, motiva que muchas personas manifiesten su deseo de ser atendidos en el HECA.

Esta percepción es compartida por los mismos médicos que trabajan en la unidad. Uno de los médicos de Guardia entrevistados manifestó con énfasis y orgullo que todos sus amigos y familiares conocían su decisión anticipada ante una emergencia "¡Si me pasa algo, llévenme al HECA!"

Esta forma de pensar de muchos habitantes de la ciudad y la región, conduce a que muchos casos que no revisten el carácter de emergencia o urgencia, acudan al HECA en busca de una mejor atención generándose un conflicto de intereses.

Los integrantes de la unidad no tienen claro como decidir entre los valores adquiridos en la formación profesional que dificultad decir NO , (especialmente cuando un dolor en el pecho o una cefalea pueden convertirse en riesgo de muerte en poco tiempo) y la misión de un Hospital de Emergencias que aconseja no distraer recursos asignados para tales situaciones.

La respuesta habitual a este conflicto es atender las demandas del paciente, aún cuando se trate de patologías menores. La habilidad reside en saber priorizar, brindando atención inmediata a los casos graves , sin descuidar otras situaciones menos urgentes.

Valores fundamentales

La totalidad de las entrevistas realizadas coinciden en cuanto al valor esencial de la unidad:

La velocidad para actuar con total eficiencia ante situaciones críticas.

La *rapidez*, es un valor básico en este tipo de situaciones en las que una pequeña demora (mala palabra para la unidad) puede costar la vida al paciente.

Pero la *eficiencia profesional* y el estricto cumplimiento del tratamiento prescripto para cada situación es reconocido como prioritario a la velocidad.

Frente a una emergencia se movilizan todos y con gran *espíritu de colaboración*.

La *solidaridad* descansa más en la mente que en el corazón y se basa en la adopción y adaptación de "protocolos internacionales" que permite coordinar los trabajos y a la vez ampara legalmente a la organización.



Estos protocolos establecen procedimientos estándares a seguir ante cada patología, conteniendo las mejores prácticas aceptadas desde el punto de vista médico y de enfermería.

De esta forma se especifican las tareas comunes y los intereses compartidos que conducen al propósito de la unidad.

Esta forma de trabajo es propia de las organizaciones en las que predomina la profesionalidad y se caracteriza por:

- Fuerte y compartido sentido de la finalidad de la unidad
- Obsesión por la eficacia y eficiencia
- Decisiones rápidas para enfrentar las emergencias.
- El tiempo entre la apreciación de situación y la decisión es muy corto y no se puede pensar demasiado
- Velocidad para hacer que las acciones se realicen YA
- Coordinación implícita de las acciones
- La rapidez es un imperativo y todos deben saber qué deben hacer y cuándo, sin titubeos, ni demoras.
- La competencia y profesionalidad es fundamental y respetada.
- El horizonte temporal es muy corto.

Esta forma de trabajo del AEP, genera conflictos con otras unidades de la misma organización, que no le dan al tiempo y a la rapidez el mismo significado de premura.

“Ahora” y “ya”, son interpretados de distinta forma en las relaciones inter servicios.

La interpretación más compartida de la variable tiempo es la siguiente:

- Para una emergencia : “ Ya”
- Para una urgencia: “ Puede esperar.....pero muy poco”
- Para una patología menor: “ Puede esperar.... y bastante si hay un caso más grave”

Esta síntesis de conducta, genera a veces largas esperas para pacientes ambulatorios que recurren a la unidad y es producto del conflicto derivado de distintas percepciones acerca de los objetivos.

Otros valores instrumentales como la eficiencia y la higiene son compartidos por otras unidades de la organización.

El grado de consenso y aceptación de estos valores fundamentales le dan un “sello” propio a la unidad.

Valores humanos y sociales



Sociabilidad

El nivel de sociabilidad, definida como el grado en el que los integrantes pueden desarrollar relaciones de amistad, es percibido de manera distinta por diferentes categorías de trabajadores.

En este punto hemos percibido dos "microculturas" dentro de la unidad.

Una predominante entre los médicos y directivos, que tienden a pensar que el trabajo en la Guardia tiene un tiempo de duración que tarde o temprano finaliza.

"Aquí no se puede hacer amigos", manifestó uno de los profesionales entrevistados.

"Hoy me banco tener que quedarme sin dormir con todas las pilas necesarias", pero esta vida sólo puede hacerse hasta cierto límite. "Luego, en la cumbre del conocimiento, estás agotado y tenés que pasar a otro nivel u otro sector".

Las relaciones son muy intensas pero a la vez muy fugaces. Esta es una característica de los servicios quirúrgicos en los que la relación con "la persona", en términos sociales, no existe y la prioridad compartida es salvar una vida.

En una emergencia, al paciente y a sus familiares le interesan los aspectos profesionales de la atención y no el grado de sociabilidad percibida.

La eficiencia y la eficacia ante la emergencia, son prioritarias a las relaciones informales.

Si la capacitación recibida en una organización de prestigio es vista como una etapa en la carrera profesional, el rendimiento profesional es la base del éxito, y los pases a otras unidades se ven como normales y esperados. Las oportunidades para la sociabilidad disminuyen.

Esto puede generar una percepción de cierta "frialidad" en el trato hacia las personas.

La apreciación del personal de planta permanente como enfermeros, mucamas, camilleros, administrativos, es distinta.

No ven a la eficacia y a la eficiencia como excluyentes de la sociabilidad.

Algunas expresiones de los entrevistados evidencian esta presunción.

"Esta es nuestra familia" "Aquí se viven emociones muy fuertes" "Se forman parejas, se casan, se separan..." Gran parte de nuestra vida transcurre aquí" "Cuando un compañero está de guardia durante las fiestas de fin de año, se pasa a saludarlo".

En estos niveles, también el contacto y la relación con los pacientes es diferente.

El trato es más frecuente y la tensión de las emergencias ha disminuido después de la primera intervención. La angustia de las familiares y allegados es percibida y los aspectos humanos traspasan la coraza de la frialdad profesional.

Origen de los valores y las creencias

Existe un alto grado de consenso acerca del origen de los valores, creencias y presunciones básicas que conforman la cultura de la unidad.

Todos coinciden en que además de responder a los valores centrales buscados por la



misión del hospital y de la unidad de guardia, existe una importante y continua labor de socialización y formación en cuanto a los valores instrumentales y al cumplimiento de los protocolos internacionales que prescriben las prácticas de emergencia.

Además, se nota una importante transmisión de los valores compartidos y las tradiciones de la unidad por parte de los integrantes más antiguos a los residentes y al personal de reciente ingreso.

Rituales y costumbres

La mayoría de los entrevistados contestó que existían pocos rituales y dio como ejemplo los saludos efectuados entre los integrantes para las fiestas de fin de año y en especial, para quienes las debían pasar en el servicio.

Algunos mencionaron como tales, al recibimiento de los nuevos residentes y el comienzo de su socialización.

Las conversaciones abiertas mantenidas, permitieron percibir algunos otros como "si no hay emergencias estamos tomando mate" o la "ceremonia" del traspaso de la guardia.

Estos comportamientos refuerzan la idea compartida de la misión de la unidad y una gran conciencia de la "solidaridad" frente a la emergencia.

"En el año 1989, cuando ocurrieron los saqueos, el personal del hospital estaba de paro. Es más estaba evacuado y sin embargo, aparecimos todos", expresó un médico de Guardia

Lenguaje e indumentaria

Los médicos y enfermeras se identifican por su uniforme de color blanco y el personal de cirugía por su uniforme verde.

La distinción con el personal administrativo y de otros servicios, constituye una manifestación de los valores y creencias, identificando a los profesionales directamente responsables de las emergencias y mostrando la distancia existente respecto a los subordinados encargados de servicios de apoyo.

El lenguaje entre los profesionales es técnico y preciso. Está subordinado a los requerimientos de eficacia y eficiencia de los servicios de salud.

Las emergencias y urgencias, con la presión del tiempo, establece la necesidad de comunicaciones normativas orientadas a la atención primaria y comunicaciones expresivas y comportamentales orientadas a la coordinación y el entendimiento mutuo reforzando los valores de la unidad.

"Existen códigos de comunicación que no entendería alguien de afuera", expresó un médico entrevistado.

Contrato psicológico



Los vínculos construidos por los miembros de la unidad con los propósitos de la misma han creado una cultura en la unidad que descansa en las expectativas mutuas.

El proceso de socialización, ha logrado desarrollar una ideología en la unidad de guardia que se manifiesta en una clara percepción de los valores finales e instrumentales y en un fuerte compromiso colectivo con los mismos.

Esta ideología con las prácticas; los valores compartidos con las acciones van a la par y los valores instrumentales son consistentes con los finales.

“Si no te gusta este trabajo, no se puede estar”

Es una declaración de un Jefe de Guardia compartida con palabras similares por otros integrantes de la unidad, en otras entrevistas.

“Hay que dar el informe médico y no está escrito como se dicen estas cosas”.

Estas declaraciones evidencian la importancia asignada a la capacitación en salvar vidas y la tensión que genera pasar de lo técnico profesional a lo humano.

La distancia entre la eficacia y eficiencia y lo humanístico no es fácilmente salvada y la falta de claridad respecto a “ lo que hay que hacer”, origina tensiones y discrepancias entre los integrantes de la unidad.

La comprensión de la ansiedad y angustia de los familiares que esperan noticias sobre el estado de salud de un paciente en emergencia, no es apreciada de la misma manera.

Los objetivos de la unidad de guardia, centrados en la eficacia y eficiencia en la emergencia, se traducen en una clara concepción de lo que se debe hacer, pero en la dimensión profesional de la práctica médica.

El fuerte compromiso está con lo operacional.

La contención de la ansiedad de los que esperan el Informe médico, quizás no es visualizada como “urgente”.

Las necesidades humanas, en este aspecto son percibidas de desigual manera por el personal administrativo, que no puede proporcionar ninguna información solicitada por los familiares y amigos.

El problema está a la vista.

“No me hice una coraza ni quiero hacérmela. No quiero desensibilizarme” declaró un entrevistado.

Existe una convicción compartida acerca de este problema. “Estamos en déficit con el Informe Médico” :es una declaración de distintas entrevistas.

Se tiene conciencia de que una mejor práctica en este tema permitiría reducir la ansiedad y el sufrimiento o al menos, no agravar el pesar por la desgracia ocurrida a un ser querido. En ocasiones, los familiares pasan largas horas sin recibir ningún informe.

El medio ambiente físico

“El entorno físico en el que se desarrolla una actividad predispone para un tipo de cultura u otra” (Krieger, 2001, Pag 338).

El diseño del hospital, provoca un efecto sobre las conductas y actitudes de los integrantes.



El hospital no fue construido para el fin actual, y se tuvieron que realizar varias remodelaciones para adaptar sus instalaciones a las necesidades funcionales de servicios de emergencia.

“Cuando llegan ambulancias con heridos de distinta gravedad entran los camilleros uno detrás del otro, mezclados con los familiares, y por la misma puerta de ingreso de pacientes ambulatorios. Allí son recibidos por enfermeros y médicos, que deben diagnosticar rápidamente el tratamiento posterior”

Las salas comunes de observación, a veces resultan colmadas y los pacientes con lesiones más leves se ubican en pasillos.

Existen muy pocos espacios privados, y las instalaciones muestran una falta de lujo, que refleja una cultura del uso del espacio que privilegia la atención médica y desestima las estratificaciones sociales.

“Siempre se está remodelando para ampliar. Faltan espacios. Cada grupo quiere tener su espacio propio para garantizar cierta privacidad”- expresó un médico entrevistado- “El hospital está sobredemandado y su distribución no es funcional”

De hecho, en las entrevistas, resultó difícil encontrar un lugar privado para efectuarlas sin interrupciones.

El uso del espacio en la Guardia del HECA, comunica a todos los integrantes lo que es importante para la unidad.

Hay muy pocos espacios privados, las instalaciones y mobiliario son modestas y las áreas comunes están preparadas para convertirse en lugares de asistencia a accidentados, cuando las salas están colmadas.

Las prioridades son claras.

Los héroes

Este concepto, ilustrado por algunos tratadistas (Deal y Kennedy, 1985) está referido a los integrantes que personifican los valores de la organización y suministran los modelos de roles a desempeñar.

En las entrevistas no se percibieron referencias particulares a la presencia de símbolos humanos superlativos.

Los miembros de la unidad, son seres humanos comunes y corrientes, unidos por un gran sentido de solidaridad e identificación con su propósito.

En este sentido, cada uno es consciente que su trabajo es importante para lograr el principal objetivo “. En la primera atención, hay que salvar la vida del paciente, logrando que quede sin lesiones invalidantes”.

Más que acciones heroicas existe un “saber organizacional” que se transmite de los médicos y demás integrantes de la planta permanente a los residentes y nuevos ingresantes.

Este saber se refuerza con cursos permanentes y simulacros de emergencia que incrementan la seguridad y la tácita coordinación de las prácticas en cada situación.

Todo el saber organizacional se traduce en “velocidad y efectividad de la acción en situaciones de emergencia” y en criterios que guían los procedimientos de todos y la definición de las conductas apropiadas en cada caso.



No hay héroes ni actores principales.

El saber organizacional y la solidaridad son a la vez causa y efecto de las prácticas y procedimientos y refuerzan la ideología de la unidad.

Historias y leyendas

En algunas organizaciones, las historias acerca de hechos importantes y destacados ocurridos en el pasado se utilizan para moldear y reforzar conductas.

A veces la realidad es cambiada y se exageran los valores que interesa reforzar.

En la Guardia del HECA, no se percibió en las entrevistas una red de comunicación cultural de este tipo.

Cuando se indagó respecto a hechos destacados o historias la mayoría de los entrevistados recordó acontecimientos de emergencia que se destacaron por su magnitud o por el impacto o impresión personal provocado.

Los recuerdos de quemados graves, accidentes múltiples y de niños son los que están más presentes, pero se percibe el deseo de no utilizarlos para mantener o reforzar valores y creencias.

Los médicos destacan más la profesionalidad y la solidaridad en las catástrofes. "En estas situaciones todos vienen" " Cuando suena la alarma, todos bajan a la Guardia, se autoconvocan con gran espíritu de solidaridad en la emergencia que no se ve en otros lados" . Cuando hay que salvar la vida a alguien, hay gran frialdad en el trabajo. No se puede dudar" " No hay que crear nada, existen normas y procedimientos que deben adaptarse a cada situación. Todos están entrenados para cumplirlas" "intervienen muchas especialidades. Uno sólo no podría salvar una vida"

El mensaje es claro. Para los profesionales salvar vidas en situaciones de emergencia no depende de actos heroicos sino del trabajo solidario y responsable de cada especialista que interviene. Las historias y anécdotas que refuerzan estos valores se comparten en todos los niveles profesionales.

Las historias que recuerdan los empleados administrativos son distintas.

"Me afecta mucho la muerte, el sufrimiento, la pérdida. No es lo mismo saber y aceptar la muerte de algunos , que convivir con ella todos los días"

Los relatos de estas personas revelan el impacto psíquico provocado por muchas situaciones de emergencia. "Es muy importante la formación religiosa, sino este hospital te desvasta. Tenés que tener una reserva espiritual muy grande"

Estas historias también existen, pero se evitan en la red cultural. Quizás porque no refuerzan los valores que interesan a la organización de resolución y competencia en la emergencia.

Revelan sin embargo, otros valores que están presentes para los que la organización aún no tiene una respuesta consensuada y compartida.

Ideología

La Guardia del hospital está conformada por múltiples aspectos simbólicos cargados de



significados y que los integrantes traducen en conductas solidarias que le dan a la unidad, una identidad compartida distintiva.

El espíritu de solidaridad es de carácter excepcional.

Todo el sistema ha sido construido sobre valores, creencias y convicciones que se traducen en prácticas que dependen de las competencias de las personas.

Para cumplir con las funciones asignadas en situaciones de emergencia, imprevisibles, discontinuas, siempre distintas en términos de magnitud, gravedad, horarios y prácticas necesarias, es preciso contar con una identidad de propósitos y una ideología que se impongan a las reglas formales.

Sin embargo, en situaciones de aparente desorden y confusión la unidad es destacablemente eficaz y la misión es cumplida.

La clara comprensión y cumplimiento de los protocolos internacionales en las prácticas de emergencia y las competencias de los integrantes de la unidad, permiten conductas con alto grado de autonomía y sin necesidad de una coordinación centralizada visible que prescriba procedimientos en cada situación.

Existe un espíritu colectivo. "Así es como nos comportamos en una emergencia".

Este es el núcleo de la cultura de la Guardia del HECA, que mantiene la cohesión de sus integrantes y determina las relaciones internas.

Esta cultura, satisface dos tipos de necesidades:

- a) las operacionales que conducen al cumplimiento de la misión
- b) las de los integrantes, para enfrentar y justificar un trabajo con alto grado de ansiedad

Categorización de la cultura de la Guardia del HECA

En función de las manifestaciones culturales recogidas en las entrevistas y observaciones realizadas, podemos efectuar algunas consideraciones acerca de las presunciones que caracterizan a la unidad estudiada.

1.- Atendiendo a la conocida división entre culturas débiles y fuertes podemos afirmar que la unidad posee una cultura **fuerte**.

Se evidencia en la intensidad con que se sostienen y comparten los valores centrales y el gran compromiso manifestado por todos los integrantes con los valores finales e instrumentales.

Todos conocen en términos precisos lo que se espera de cada uno de ellos y las expectativas mutuas van moldeando y ajustando los comportamientos individuales a los requerimientos de cada situación de emergencia.

Esta cultura fuerte se manifiesta en un alto acuerdo respecto a los propósitos de la unidad:

- Atención gratuita a pacientes sin recursos.
- Altamente profesionalizada con gente formada en el mismo hospital en especialida-



des relacionada con la emergencia.

- Rápida y eficaz atención para salvar vidas en peligro.

La claridad de la misión, complementa y da sentido a las normas e instrucciones y su adaptación en situaciones diversas.

Esta fuerte identificación con valores compartidos marca una frontera entre los comportamientos en la Guardia, con relación a otras unidades de la misma organización y probablemente con otras organizaciones

2.- La unidad estudiada tiene una clara misión y propósito a cumplir. Los valores desarrollados son consistentes y las personas son adaptadas a los mismos a través de un adoctrinamiento continuo.

Los programas de capacitación refuerzan las prácticas a seguir en las distintas situaciones de emergencia para que todos tengan conductas tipificadas y previsibles aún en condiciones de gran confusión.

En emergencias de consideración, en las que llegan varias ambulancias al mismo tiempo, se requieren profesionales con distintas especialidades.

En un ambiente de aparente desorden, agravado por la presencia de familiares angustiados, existen códigos implícitos y comunicaciones no verbales que permiten la coordinación de las acciones.

Todos los miembros de la unidad adaptan sus competencias aprendidas antes de ingresar, durante y mediante la atención de emergencias, sin explicaciones adicionales y movilizándose con gran velocidad.

Esta adaptación tácita y sin una coordinación formal es sin embargo observada en su conjunto por el Jefe de Guardia que garantiza la efectividad de las decisiones y acciones de todos.

La sensación, para un observador externo, es de una gran confusión y desorden. Algunos dirían de un caos.

Sin embargo, existe un orden imperante que se traduce en el respeto de reglas precisas impuestas por la práctica internacional para situaciones de emergencia.

Teniendo en cuenta estas características, se podría incluir a la unidad estudiada entre las denominadas "**organizaciones caórdicas**" (Hock, 2001, Pag.44) que por las características de sus servicios, operan en la estrecha frontera que existe entre el caos y el orden.

3.- Considerando la combinación existente entre el grado de solidaridad y el nivel de sociabilidad podríamos incluir a la unidad estudiada entre las denominadas "**culturas mercenarias**" (Goffee y Jones, 2001, Pag.43)

La solidaridad es elevada y se manifiesta en:

- Fuerte y compartido sentido de la finalidad
- Obsesión por los objetivos
- Decisiones resueltas para adaptarse a situaciones nuevas y enfrentar problemas
- Escaso tiempo entre la decisión y el reconocimiento. Las cosas deben hacerse ya.



- Todos actúan pero coordinadamente.
- Lo social aporta información útil. Es instrumental al objetivo, pero la amistad es secundaria.
- La estructura tiende a ser plana
- Son claras las líneas de autoridad
- La responsabilidad es compartida
- La competencia es fundamental
- Las acciones rápidas son un imperativo. Todos saben lo que tienen que hacer y cuando, sin retrasos. El horizonte temporal es corto
- El espacio es distribuido "funcionalmente" con la finalidad de que el trabajo se haga de manera efectiva
- Las comunicaciones son directas y centradas en el trabajo
- Las jornadas son largas (determinadas por la emergencia) aunque es aceptable la distensión y la ausencia una vez finalizada la tarea

La cultura mercenaria, a pesar de la connotación negativa del término, es la más celebrada por la literatura administrativa por sus resultados en términos de ventajas competitivas.

Su consecuencia, combinando un alto grado de solidaridad con un grado aceptable de sociabilidad, es una organización que funciona como una máquina que hace bien las cosas.

4.- Del estudio y análisis de las características organizacionales y culturales de la unidad en observación se desprende claramente que el único diseño estructural aceptable es la **burocracia profesional** de base funcional.

Al tener que responder por sus acciones, la organización debe minimizar los riesgos que corre y tiene una fuerte necesidad de establecer en forma precisa sus procedimientos para cerciorarse de que se cumplan tal como están previstos. Prever estas situaciones contingentes con procedimientos previamente formalizados permite reaccionar en forma rápida, precisa y eficiente.

Es una estructura de desempeño, no es una estructura de resolución de problemas, está basada en la racionalidad que gana su eficiencia en el perfeccionamiento y la ejecución de un repertorio de programas estándares para ser aplicados ante situaciones complejas en forma consistente por seres humanos.

Procesos de trabajos complejos con procedimientos difíciles de aprender pero bien definidos, permite a los profesionales perfeccionar sus destrezas, repetir los mismos programas complejos una y otra vez reduciendo la incertidumbre hasta hacerlos perfectos.

El médico aplicará un programa perfeccionado, no experimental basado en vastas cantidades de experiencia y destreza.

Los protocolos constituyen así una fuente de información válida y un patrón de comportamiento que permite al personal coordinarse y realizar sus actividades por sí sólo dentro de los recursos que disponen.

La capacitación de los profesionales adquirida durante la enseñanza formal, se com-



plementa con la práctica y el aprendizaje de las destrezas en el desempeño del cargo.

El proceso de capacitación para el profesional continúa a medida que se generan nuevos conocimientos y se desarrollan nuevas habilidades aumentando el grado de su experiencia. El repertorio de programas permite clasificar la necesidad del paciente en términos de una contingencia lo que indicará que programa estándar usar (diagnóstico) y luego aplicar o ejecutar ese programa. Esto posibilita distinguir las distintas tareas operativas y asignarlas a profesionales individuales, relativamente autónomos.

Pero por más estandarizado que estén los conocimientos y las destrezas, la complejidad del trabajo requiere considerable libertad y autonomía profesional en sus aplicaciones.

La burocracia profesional es una estructura democrática que enfatiza la autoridad de naturaleza profesional, el poder del experto, difundiendo su poder a los médicos trabajadores y suministrándole extensa autonomía para que se coordinen estrechamente con sus pares. Esa gran cantidad de poder sobre el trabajo operativo que reside en los médicos, los convierte en individuos responsables y motivados que se avocan a su trabajo con alto grado de compromiso.

Es una estructura altamente descentralizada tanto en la dimensión vertical como horizontal.

El trabajo es altamente especializado en la dimensión horizontal pero ampliado en la vertical. Los profesionales tienen control sobre su propio trabajo, es decir que cada profesional trabaja relativamente independiente de sus pares pero estrechamente con los pacientes que atiende.

La burocracia profesional se mueve en un ambiente complejo y estable. Complejo porque requiere el uso de procedimientos difíciles que deben ser aprendidos durante largos períodos de tiempo fuera de la organización en programas de capacitación formal y estable porque al ser recurrentes permite que esas destrezas se definan y se estandaricen.

La edad y la dimensión hacen que esta estructura sea muy formalizada y tenga un staff de apoyo muy desarrollado. El núcleo operativo (profesionales médicos) es la parte clave de la organización y las unidades de apoyo (enfermería, limpieza, cocina, etc) es también muy elaborado porque está muy concentrado en atender los requerimientos del núcleo operativo.

La cierta discrecionalidad sobre el trabajo de los profesionales (relación directa y estrecha entre médico y paciente), hace que el sistema técnico no sea altamente regulador ni altamente automatizado.

La base de conocimiento de la tecnología de la organización es sofisticada, pero el sistema técnico, el grupo de instrumentos que usa para aplicar esa base de conocimiento no lo es.

El mercado que atiende es diversificado, se unen profesionales de distintas especialidades para atender a distintos tipos de pacientes.

La burocracia profesional confía para la coordinación entre los profesionales operativos en la estandarización de destrezas adquiridas en la capacitación formal y la experiencia, contratando especialistas debidamente formados y luego les da considerable control sobre su propio trabajo.

Los distintos especialistas coordinan su trabajo lateralmente entre las unidades funcionales, lo que permite amalgamar sus esfuerzos para lograr grupos multidisciplinarios eficientes.



Los distintos especialistas se unen para compartir recursos y servicios de apoyo comunes

Muchos de los profesionales no se consideran parte de un grupo, y ven a la organización como un espacio ideal para aprender destrezas y practicar. Pero la organización tiene necesidad de lealtad, ya que la colaboración es esencial para el correcto desempeño de la estructura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarbanel, Allaire y otros (1992) *Cultura organizacional*, Colombia: Legis.
- Babor, S. (2003) *Cultura corporativa. Un abordaje antropológico de la organización empresarial*, Management Herald.
- Deal Terence y Kennedy Allan (1985). *Culturas corporativas*. Méjico: Fondo Educativo Interamericano.
- Etkin, J. (2000) *Política, Gobierno y Gerencia de las organizaciones*". Chile: Pretince Hall.
- Etkin, J. y Schavarstein, L. (2000) *Identidad de las organizaciones*. Buenos Aires: Paídos.
- Felman, I. Y otros (2002) *Cultura organizacional en la Administración Pública Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Cooperativas.
- Gofee Rob y Jones Gareth (2001) *El carácter organizacional. Cómo la cultura corporativa puede crear o destruir negocios*. Barcelona: Granica
- Hock Dee (2001) *El nacimiento de la era caórdica*. Barcelona: Granica
- Jonson, G. y Scholes, K. (2001) *Dirección Estratégica*. México: Pretince Hall.
- Krieger Mario (2001) *Sociología de las organizaciones* San Pablo: Prentice Hall
- Maturana, H. Y Varela, F. (1988) *El árbol del conocimiento*. Chile: Ed. Universitaria.
- Mella, O. (1988) *Naturaleza y orientaciones teórico – metodológicas de la investigación cualitativa*.
- Mintzberg, H. (1991) *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Mintzberg, H ; Quinn, J.(1993) *El proceso estratégico*. Mexico: Pretince Hall
- Schein, E. (1988). *La cultura empresarial y el liderazgo*. Barcelona: Plaza & Janes Editores S.A.
- Serlin, J. (1997) *Fundamentos del conocimiento en Administración. Teoría de la ac-*



ción administrativa. UNGS, Buenos Aires.

- Watzlawick, P. Y Krieg, P. (1994) *El ojo del observador*. Barcelona: Gedisa.
- Weick, K. (1988) *El proceso de construcción de sentido en las organizaciones*. Bologna Il Mulino.