



TESIS DOCTORAL

**PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN PARA CONTRIBUIR EN
LA GESTION DEL CAMBIO, EN HOSPITALES EN EL ESTADO DE YUCATÁN,
MÉXICO.**

The background is a complex, layered composition. It includes a grayscale image of a globe, a large, detailed fingerprint in the lower right, and a close-up of a computer keyboard with keys labeled '2 ABC' and '4 GHI'.

Autor JORGE RAMON SALAZAR CANTON // Oñati, 2011

PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN PARA CONTRIBUIR EN LA GESTIÓN DEL
CAMBIO, EN HOSPITALES DEL ESTADO DE YUCATÁN, MÉXICO

JORGE RAMÓN SALAZAR CANTON

Director de Tesis
JEAN MICHEL LARRASQUET



Tesis presentada para obtener el grado de
Doctor por Mondragon Unibertsitatea

Facultad de Empresariales
Mondragon Unibertsitatea
2011

AGRADECIMIENTOS

Quiero dedicar las siguientes líneas a expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas e instituciones que han contribuido a la culminación de esta tesis doctoral.

En primer lugar, deseo manifestar mi agradecimiento al Programa de Mejoramiento de los Profesores PROMEP que la Secretaría de Educación Pública en ejercicio del ejercicio de los recursos aprobados por el Congreso de la Unión ha establecido para tal fin y que otorgó la beca concedida durante el período 1997-2010, así como a la Universidad Autónoma de Yucatán y a la Facultad de Contaduría y Administración, por su valioso apoyo que contribuirá al mejoramiento del trabajo a desarrollar en beneficio de la Sociedad.

A las Universidades Pau de l' dour y Mondragón por habernos aceptado en sus programas doctorales.

Asimismo, deseo manifestar mi más profundo agradecimiento a los doctores Jean Pierre Claveranne (LYON), Jacques Mayranx (PAU), Nimal Jayaratna (MANCHESTER), Andreas Lenel (Wiesbaden), por sus comentarios, apoyo y amistad que han hecho posible llegar a la conclusión de este proyecto de vida.

Una mención especial al Rector de la Universidad Autónoma de Yucatán, M. Phil. Alfredo F. J. Dájer, el MI. José Antonio González, Secretario General y al director de la Facultad de Contaduría y Administración MF Jorge Basulto Triay, por su pleno y total apoyo y confianza en este proyecto que espero haber correspondido.

A la Licda. Lucy Ceballos, MVZ Alberto Rivero y el Dr Carlos Quintal de la Administración Central de nuestra Universidad, por su apoyo en los gestiones necesarias en relación al programa PROMEP, y en general a los aspectos relativos a nuestra beca doctoral y que fueron el enlace institucional con dicho programa.

Por supuesto, mi hondo y sincero agradecimiento a todos mis compañeros de la Universidad, en los distintos campus de la misma, particularmente a los de mi comunidad de la Facultad de Contaduría y Administración.

En especial, quiero citar al M.A Luis Barrera y al M.F. Gustavo Barredo con quienes comparto el trabajo en nuestro cuerpo académico, particularmente a Luis por apoyarnos en parte de las actividades de gestión del mismo, en los últimos meses particularmente, que me permitió concluir con la tesis doctoral.

Asimismo a Leonor López, Pedro Millán, Ernesto Meneses, Valentín Alonso y Anel Flores, quienes han compartido con nosotros en el cuerpo académico.

Quiero también dar las gracias a nuestros entrañables amigos, los integrantes del laboratorio Graphos de la Estia particularmente a Veronique Pilniere, Ernesto Porras por sus comentarios en la realización del trabajo doctoral pero particularmente a Mikele Larronde quien siempre estuvo dispuesta a apoyarnos con sus comentarios y auxiliarnos en todo momento, durante nuestros viajes para las revisiones de la tesis correspondiente.

Mención especial a Jasone Salaberria por sus finas atenciones y su hospitalidad durante nuestras estancias.

A los Dres. Luxio Ugarte (Mondragón) y Carlos Arcudia (UADY), por su entrañable amistad, apoyo, consejos y orientaciones, que como buenos hermanos, me han podido acompañar en esta parte del camino de mi vida.

Para concluir quiero realizar una muy merecida y especial mención al profesor Dr. Jean Michel Larrasquet, para quien decirle la palabra “gracias” no es suficiente. Al compañero, amigo, “tío” (de cariño), hermano, entrañable, quien con su acostumbrada paciencia y respeto, y que a pesar de los problemas superados de salud, ayudó en todo momento a establecer los cimientos y guías rectoras del presente trabajo y quien en un difícil momento en la trayectoria del trabajo, nos dio el ánimo y palabras de estímulo y aliento para concluir el presente trabajo

Dedicatoria

A Dios por haber permitido estar aquí y ahora.

A mis padres, todos ellos, por haberme permitido vivir la experiencia de aprender para cambiar y vivir para ser.

A Silvia, mi entrañable amiga, compañera, socia, amante y esposa fiel, quien es la mejor parte de mí, por todo su apoyo, paciencia, comprensión y amor.

A Jorge Efraín y Silvia Isabel, mis hijos quienes son la razón de mí existir, por todo su apoyo y amor.

A mis hermanos Raúl, José Antonio, Efraín, Ma. Dolores, Catalina por su apoyo incondicional y amor filial.

A mis familiares y amigos quienes me han apoyado y brindado también su amor, en este recorrido temporal que es la vida.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue motivado como consecuencia del interés personal de tratar de entender por qué muchas de las organizaciones mexicanas, particularmente yucatecas, del sector salud no tienen claro un camino que les conduzca hacia el cambio.

Todo esto con la intención de mejorar la situación que actualmente, en la percepción del autor, prevalece, en la cual las organizaciones se resisten a cambiar y si lo hacen es tardíamente.

En este trabajo se intenta por una parte reflexionar, descubrir y analizar, cuáles son esos elementos que impiden o impulsan los aprendizajes que permitirían lograr mejores condiciones de desempeño de las organizaciones y, por la otra, proponer recomendaciones y sugerencias, producto de haber estudiado un caso en profundidad.

Para realizar este esfuerzo se emplearon técnicas de investigación novedosas en el medio, así como nuevas formas de intervenir en las organizaciones de salud mediante la consultoría. Se espera que los resultados sean motivo de futuras investigaciones que permitan establecer y corroborar lo que podría ser un modelo de intervención que facilite el cambio en las organizaciones hospitalarias en Yucatán.

Palabras clave: Organización, aprender a aprender, consultoría, caso hospital pediátrico, recomendaciones

SUMMARY

The present effort of research was motivated as consequence of the personal interest in trying to understand: why most of the Mexican organizations, particularly the Yucatan ones of the area of health, do not have a clear way to deal with change. All this is done, with the aim of improving the situation that nowadays, accordingly to the author perception, prevails, in which the organizations refuses to change, and if they react they do it with delays

In this work, by one side is intended to think about, to discover, and to analyze, which are these elements that prevent or stimulate the organization learning that would allow to achieve a better performance, and in the other side, to propose recommendations and suggestions, as the outputs of a deep case study. In this effort, innovative research technics for the region, as well as the consultancy was used as way of intervention in the organizations.

It is expected that the research outputs generate future research efforts that could allow set up or corroborate a new model of intervention that makes easy the change in the hospital organization in Yucatan.

Key words: Organization, to learn to learn, consultancy, pediatric hospital case, recommendations.

Índice

TESIS DOCTORAL.....	1
1. Introducción y exposición de motivos.....	13
1.1. Introducción al capítulo	14
1.2. Problemática	15
1.3. Justificación del tema.....	20
1.3.1. Infraestructura del sector salud.	21
1.3.2. Mis motivaciones	21
1.3.3. Las preguntas de investigación.-	22
1.3.4. Contenidos de la tesis	23
2. Estado del Arte	27
2.1. Introducción al capítulo	28
2.2. Organización y cambio.-Introducción	28
2.2.1. ¿Qué es la organización? -Tipos de organizaciones.- Visión de principales autores seleccionados	29
2.2.2. - El Cambio.- ¿Qué es el cambio? Introducción y Concepto	45
2.2.3. Conclusiones de la sección 2.1	59
2.3. Aprendizaje y conocimiento.- Introducción	62
2.4. Aprendizaje y conocimiento	62
2.4.1. Aprendizaje Organizacional y conocimiento	62
2.4.2. ¿Cuáles son las barreras e impulsores al aprendizaje y a los procesos de cambio?.....	77
2.4.3. Conclusiones de esta sección	86
2.5. Intervención, Consultoría y la Investigación.- Introducción	87
2.5.1. Intervención, asesoría, agentes de cambio y consultoría.-	88
2.5.2. La Consultoría y el Cambio	96
2.5.3. Tipos y Procesos de intervención.-	100
2.5.4. Conclusiones de 2.5.....	105
2.6. Conclusiones del capítulo 2	106
3. Metodología.....	111
3.1. Introducción al capítulo	112
3.2. Enfoque y alcance	112
3.3. Diseño de la investigación	118
3.3.1. Las herramientas aplicadas: observación y entrevistas	120
3.3.2. Principales actores y objetivos	123
Preguntas de investigación	123
3.4. El trabajo de campo	124
3.4.1. Selección del caso	124
3.4.2. Protocolo del estudio de caso	127
3.4.3. Información complementaria.- CREAANLO, su desarrollo y su relación con el cambio y con el Caso.	130
3.5. Limitaciones en la recolección de los datos.....	135
3.6. Conclusiones	137
4. Sector Salud en México, Yucatán y el Hospital de la Amistad.....	139
4.1. El Sector Salud en México, Yucatán y el Hospital.- Introducción	140
4.2. El sector Salud en México.- Composición del sector salud en el país.....	140
4.3. Acreditamiento y certificación de Hospitales, en México	145
4.3.1. Acreditación de las escuelas y facultades de medicina	147

4.3.2. Certificación de los recursos humanos	147
4.3.3. Certificación y acreditación de unidades de atención a la salud	148
4.4. Aval ciudadano	149
4.5. Sector Salud en Yucatán	150
4.6. El hospital pediátrico de el Hospital de la Amistad, Corea-México.- Breve historia descriptiva y evolución del Hospital.- Antecedentes.....	152
4.6.1. Estadísticas.-.....	158
4.7. Conclusiones del capítulo	159
5. Análisis de datos y la discusión de los resultados	161
5.1. Introducción al capítulo 5	162
5.2. Las reflexiones y análisis acerca de lo observado en el trabajo de campo.-.....	165
5.2.1. La organización, su dinámica, análisis y modo de intervención en el Hospital de la Amistad, (HdA).	165
5.2.2. Análisis del medio ambiente (factores) externos e internos que impactan al Hospital de la Amistad HdA.....	165
5.3. Aprendizaje-desaprendizaje, conocimiento para aprender y cambiar en el Hospital de la Amistad (HdA).	175
5.4. Impulsores y resistencias al aprendizaje-desaprendizaje, y a los procesos de cambio en el HdA	179
5.4.1. Impulsores al aprendizaje y a los procesos de cambio	179
5.4.2. Resistencias al aprendizaje y al cambio	190
5.5. El papel de la consultoría en el caso del HdA	193
5.5.1. La consultoría y la investigación.....	195
5.6. Conclusión del capítulo.	196
6. Conclusiones, recomendaciones y sugerencias	197
6.1. Introducción al capítulo	198
6.2. Comentarios a las recomendaciones y sugerencias generales.- Las fichas.....	198
6.2.1. Comentarios, recomendaciones y sugerencias para el tratamiento de las resistencias emocionales.....	202
6.2.2. Fichas (Nos 1 a 4), relacionadas con el favorecimiento al aprendizaje (FA)	204
6.2.3. Fichas Nos. 5 al 11 relacionadas con la consultoría (FC)	208
6.2.4. Fichas Nos. 12 al 17 relacionadas con los aspectos operativos (FO).....	215
6.3. Conclusiones del capítulo 6.	225
7. Bibliografía.....	229
8. Anexos.....	243

Figuras, cuadros y fichas

Fig. 1	Fases del proceso de consultoría	.....	93
Fig. 2	Proceso de cambio	.....	96
Fig. 3	Ciclos de Investigación-Acción	.....	101
Fig. 4	Modelo de I-A	.....	102
Fig. 5	Guía de entrevista	.....	122
Fig. 6	Matriz de contrastación	.....	134
Fig. 7	Estadísticas de HdA	.....	158
Fig. 8	Fichas 1 a 4.- Favoreciendo al aprendizaje	.....	204
Fig. 9	Fichas 5 a 11.- Relacionadas a la consultoría	.....	208
Fig. 10	Fichas 12 a 17.- Relacionadas a aspectos operarios	.....	215

Capítulo 1

1. Introducción y exposición de motivos

1.1. Introducción al capítulo

Las naciones durante los últimos dos siglos han sufrido una serie de grandes transformaciones en sus territorios, en sus sistemas políticos y en sus economías.

A diferencia de los sistemas económicos primitivos que se encargaban únicamente de administrar los recursos que les permitían subsistir sin grandes complicaciones, la organización económica y social actual es compleja.

Con el transcurso del tiempo, la organización política y social y los sistemas de repartición se han desarrollado mucho, debido al crecimiento sostenido de la población y el uso irracional de los recursos, pero siempre con la mira de alcanzar las dinámicas sociales de fondo.

Lo anterior deja al descubierto que los modelos económico-sociales no se adaptan a las sociedades con la velocidad y eficiencia que requieren.

Es así como las naciones han llegado al siglo XXI como un conjunto de instituciones económicas y sociales orientadas a un objetivo complejo que muchas veces no se cumple cabalmente: cuantificar, ordenar y controlar el problema de escasez de recursos.

A lo largo de la historia de la humanidad se ha observado que los recursos disponibles para el logro de cualquier objetivo económico social son limitados con relación a la demanda.

Para manejar la escasez se necesita un profundo replanteamiento de los valores, una adecuada planeación que maximice el uso de los recursos disponibles y una reestructuración a fondo de las propias instituciones. Esto sentará las bases para permitir que se adecuen oportunamente a los cambios que el propio entorno y la globalización plantean, a fin de alcanzar niveles de eficiencia satisfactorios.

Tal desafío implica por lo tanto, nuevas maneras de ver y hacer las cosas. El desarrollo de las sociedades y sus economías obligan, a los que tienen en sus manos la administración de organizaciones públicas y privadas, a cambiar sus métodos y pensamientos. Lo cual permitirá hacer propuestas con distintas combinaciones de recursos que permitan que los bienes y servicios que se ofrezcan puedan distribuirse más equitativamente entre la población. Todo esto, desde luego, aprovechando de manera razonablemente equilibrada los recursos económicos, materiales y humanos que se tienen al alcance.

Las entidades, tanto públicas como privadas, donde las personas se agrupan para trabajar de una manera ordenada, las denominaremos a lo largo del presente trabajo: organización, empresa, o institución (obviamente se incluyen dentro de ellas a las organizaciones hospitalarias y en general aquellas relacionadas con la salud). Éstas, como las demás, deben

Introducción y exposición de motivos

tratar de reconstruirse y evolucionar para subsistir y adaptarse al entorno cambiante y cada vez más agresivo.

Los cambios tecnológicos, económicos, políticos, sociales, han sido tan profundos e incluso drásticos en algunos casos, que producen modificaciones estructurales en los países, incluyendo desde luego a sus sistemas económicos, en cuya configuración se encuentran las empresas, y en las relaciones entre éstas y sus entornos mediatos e inmediatos.

Por lo tanto, con la finalidad de adaptarse al cambio, una empresa debe dejar a un lado su configuración tradicional, basada únicamente en las funciones, y evolucionar a un modelo más dinámico basado en los procesos.

Por ello, en la presente era, muchas organizaciones para poder subsistir adoptan estructuras más planas, democráticas, participativas, colaborativas y cooperativas, para hacer posible la promoción efectiva de la creatividad, el desarrollo sustentable y adaptativo. Además, deben hacer énfasis en la orientación a los clientes para generar así el óptimo valor agregado que demandan los distintos grupos de interés.

Particularmente el sector de la salud y los hospitales en Yucatán, México también están sometidos a estas presiones.

Este trabajo, está dirigido a la transformación de estas organizaciones, con la perspectiva de ayudarlas a avanzar en el camino del logro de la eficiencia y en el manejo de los recursos en el logro de sus objetivos fundamentales: mantener en la población a la que sirven con buenos niveles de salud, con un costo razonable, tanto en el sector público como en el privado.

1.2. Problemática

Hoy en día, como consecuencia de la globalización de la economía, los medios informativos, la competencia, la apertura de mercados y en sí el entorno político, económico, social, cultural, tecnológico, entre otros factores, las organizaciones se enfrentan a nuevos retos y su éxito depende muchas veces de su capacidad de manejarlos, aunado los numerosos factores internos que también representan cambios en la misma.

En las Instituciones dedicadas a la salud esta percepción debe ser total y debe integrar a sus elementos, los mismos que serán protagonistas en la reestructuración, adaptación y transformación de tareas, misiones y procedimientos que les permitirá enfrentar con éxito las nuevas situaciones que genera el entorno cambiante en que se desempeñan.

Deben de prepararse, asesorarse y en la medida de lo posible proponer y aplicar nuevos métodos y procedimientos y desechar los que son obsoletos y poco prácticos en el entendido de que la cultura organizacional surgió de un mundo que era mucho más ordenado y estable

Introducción y exposición de motivos

por tanto el arte de adaptarse al cambio no era tan importante y en consecuencia se hizo poco énfasis en este aspecto.

Pero en la actualidad se debe entender que si no se evoluciona con el medio, las instituciones que no estén en posibilidad de adaptarse llevando a cabo los cambios y ajustes que la modernidad requiere estarán condenados al fracaso. El cambio generacional es importante también a considerar.

En el pasado los esfuerzos de las instituciones se dirigían a conservar el mercado en el que se desarrollaban garantizando su permanencia, a mantener un clima organizacional estable y tratar, en la medida de lo posible, de evitar caer en las crisis que la economía empujaba (en el caso mexicano), o que no les afectara mucho, y la manera de lograrlo era tomando pocos riesgos.

Solo algunas organizaciones, la minoría, fueron las que se plantearon propiciar su crecimiento.

En la época actual, se presenta un entorno de incertidumbre propiciada por los cambios vertiginosos originados por la globalización, los sistemas de información, la competencia desmedida, etc.

Las organizaciones no pueden quedarse inmóviles ante estas circunstancias que les impactan directamente y deben entender que la innovación, los procesos, el trabajo en equipo deben enfocarse a la consecución de estrategias de adaptación al cambio que les permita no solo sobrevivir sino competir y crecer incluso bajo las nuevas circunstancias

Las organizaciones se enfrentan a nuevos retos, no importa el tamaño o magnitud, desde un corporativo trasnacional hasta la microempresa, ya sea que encuentren el mercado o estén iniciando, siempre se presentan factores o elementos que afectarán a su entorno y por tanto a su quehacer y a su desempeño.

Es por ello que las circunstancias obligan al mejoramiento o de obtener nuevas competencias en las personas que trabajan en una organización, pero sobre todo tener el conocimiento de los elementos que afectan la marcha de la organización, las nuevas formas de dirigir, de trabajar, e incluso a replantearse nuevas maneras de pensar para poder actuar ante ese entorno cambiante y cada vez más agresivo.

La construcción de equipos de trabajo comprometidos y conscientes de la problemática y de la necesidades que las circunstancias exigen, también son importantes y que de lograr una adecuada integración de esos nuevos conocimientos y competencias permitirán una renovación continua que el entorno exige.

Introducción y exposición de motivos

Ahora bien, el cambio no solo se refiere a la implantación de nuevos métodos y quedarse ahí, más bien implica que se aprovechen las oportunidades que se desprenden de él y en un momento dado adelantarse a las nuevas situaciones que este genera, lo que permitirá a las organizaciones colocarse en una posición ventajosa en relación a las que no lo hacen.

El resultado de esta capacidad de adaptación al entorno y la detección de nuevas necesidades ha hecho que empresas de los diferentes sectores como el industrial, el comercial y de servicios, como son las de salud, se conviertan en empresas exitosas.

Los ejecutivos y directivos deben tomar riesgos, aplicar nuevos procedimientos y métodos, cambiar los procesos de trabajo, aunque estos representen un impacto en la relación que tienen con su entorno el cual está formado por accionistas, empleados, proveedores, clientes, etc. Claro está que debe estudiarse en qué manera se verán afectados por los cambios y tratando que los efectos no sean negativos para ninguna de las partes involucradas.

En la medida en que se comprenda lo anterior más alta es la posibilidad de obtener éxito en la gestión del cambio.

Por ello, es importante la recomendación de Pascale citado por Carlos López (2001)¹, en el sentido de que es más efectivo plantearse preguntas que buscar respuestas, así como entender que en la vida de las organizaciones el cambio es un hecho natural.

De todo lo anterior se deduce la importancia que tiene el cambio de mentalidad de quienes dirigen las organizaciones que deberán buscar una mayor participación de los miembros de la empresa en todos sus niveles de tal manera que se fomente cada vez en mayor medida y profundidad una retroalimentación y que las sugerencias e ideas que brindan cada una de las partes involucradas se conviertan en realidades que conlleven al éxito.

Todo cambio organizacional exitoso requiere que se consideren las opiniones de todos sus miembros. Su importancia reside en que por más planes, procedimientos y métodos de trabajo que se implanten, son las personas que las conforman las que pueden hacer que el cambio ocurra de manera exitosa o presentar resistencia a los cambios, lo que dificultaría la obtención de los resultados esperados.

Los nuevos directivos de las organizaciones que cambian, deben asumir un nuevo rol, el de un líder con visión amplia, comunicación fluida y más que nada con la capacidad para inspirar a su gente, porque debe entender que aunque represente a la autoridad, no tiene consigo todas las soluciones y sin la ayuda de la gente que lo rodea no puede propiciar los cambios que se necesitan.

¹ En el presente trabajo cuando se cite alguna fuente secundaria, es porque se ha considerado importante la idea aportada pero no ha sido posible tener acceso a la fuente primaria requerida

Introducción y exposición de motivos

Es importante mencionar que aunque el cambio organizacional es bueno en general, puede ser que algunos de ellos no den los resultados esperados por lo que se hace necesaria la evaluación de sus consecuencias en cada una de las áreas involucradas después de un determinado periodo de tiempo.

Por otra parte, el trabajo de consultor es un elemento importante, ya que trabajando dentro de la organización o bien en la forma de asesoría externa, guía a la misma en el proceso de cambio, basándose en su experiencia, conocimiento, preparación y en otras competencias que son necesarias investigar para contribuir a hallar las mejores prácticas en este sentido y que es de gran ayuda para detectar las áreas en las que se instrumentaron cambios que no han dado los resultados esperados.

Pero ¿cómo se realiza?, ¿cómo se percibe?, ¿qué requiere hacer, pensar, comunicar o actuar?, ¿cuáles son las mejores prácticas?, etc., en general qué se puede recomendar, y si a lo anterior, agregamos la importancia que tiene el intentar probar los posibles hallazgos en un sector clave en nuestra economía regional como lo es la Salud, destacando la importancia que tiene la gestión hospitalaria, en nuestro país, particularmente en nuestra región, es importante que sea observada y apoyada en un proceso de cambio

El cambio en la Salud en México

El actual sistema de salud mexicano, desde su fundación en 1943, ha contribuido a mejorar la calidad de vida, bienestar y por ende de la salud de los mexicanos.

A pesar de ese sincero y sentido objetivo, la manera como se ha estructurado, financiado y operado, sin embargo ha tenido como consecuencia, por una parte, una atención inadecuada e insuficiente, criticada, sobre todo en lo que respecta al sector público, así como por dejar sin cobertura a una gran parte de la población, aunque justo es reconocer que en los últimos años se han hecho esfuerzo sin precedentes para tratar de tener la totalidad de la población mexicana cubierta con los servicios de salud necesarios.

Es por ello que aunque el Gobierno federal y los de los estados han tratado de aumentar el número de beneficiarios con acceso a los servicios de salud, sus esfuerzos han sido insuficientes y se considera que aproximadamente entre 2 y 3 millones de familias destinan la tercera parte de sus ingresos al pago de consultas médicas y compra de medicamentos, siendo los principales afectados los hogares de bajos recursos.

El registro del INEGI en el Censo de Población y Vivienda del 2000, determinó que el 57.8 por ciento no estaba afiliada a ninguna institución de seguridad social, lo que significa que este sector no atiende las enfermedades por el alto costo que representa el pago del servicio médico y los tratamientos, así como el bajo nivel de ingresos que obtenían.

Introducción y exposición de motivos

Es por ello que el Gobierno Federal intenta afrontar los retos existentes y diagnosticados que se encuentran contemplados en el Programa Nacional de Salud (PNS) 2007-2012, el cual establece cinco objetivos y que son los siguientes:

1. “ Mejorar las condiciones de salud de la población
2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas
3. Prestar servicios con calidad y seguridad
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y
5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.” PNS (2007, pág. 83)

Una consideración que me parece pertinente mencionar, es lo referente a la obsesión que el sector salud en nuestro país tiene, por la evaluación de la calidad en la atención hospitalaria, en la que además se integren indicadores válidos, confiables y de fácil obtención tanto a nivel federal, como en el nivel estatal.

Esta obsesión hace que los responsables y actores del sector, perciban que la confianza que se genera en los usuarios, esté basada en una prestación de servicios con un nivel adecuado y razonable. Estas características son claves, y por tanto, incentivan la utilización de los servicios hospitalarios.

Si agregáramos a lo anterior, que la asignación de recursos para la marcha adecuada de los hospitales está orientada a cumplir con los acreditamientos y certificaciones de las instituciones y los individuos, serían una demostración de que se están realizando las acciones necesarias para atender esa mencionada obsesión.

Lo cual, en realidad, distrae la atención a problemas que consideramos más importantes, como por ejemplo el tratar de entender cómo funcionan las organizaciones y cómo desarrollan sus trabajos, para lograr una mayor eficacia, eficiencia y efectividad, no sólo en el manejo de los recursos sino en general para lograr una mayor productividad y competitividad de los hospitales. A mi entender se trata de un problema de enfoque o de visión para afrontar los problemas.

Por otra parte, si consideramos que existen diferencias entre los países desarrollados que están en condiciones de llevar a cabo esta medición eficientemente, debido a los modernos sistemas de información con que cuentan y que arrojan datos confiables en lo que se refiere a efectividad, eficiencia y calidad en el servicio que prestan las instituciones de salud, y en cambio, los países en vías de desarrollo tienen problemas para establecer indicadores de efectividad, como los mencionados anteriormente. Además, si agregáramos a lo descrito

Introducción y exposición de motivos

anteriormente, la falta de datos y la poca confiabilidad de los mismos, podemos concluir que todo ello producto de sistemas de información inadecuados.

En nuestro país, la información con la que se cuenta, desde hace algunos años, es en realidad, información referida a los servicios, recursos y daños.

Pero insistimos, la necesidad de estudiar, generar información que sea útil y que contribuya a la generación del conocimiento pleno de la gestión de la salud es no sólo importante, sino prioritaria.

Las tres principales instituciones del sector público han desarrollado sus propios sistemas de información, pero cada una con un nivel de desarrollo diferente, lo que dificulta las comparaciones y por lo que el nivel de confiabilidad es variable.

De lo anteriormente planteado empiezan a surgir las siguientes interrogantes: ¿Cómo lograr cambiar o armonizar las necesidades apremiantes en la gestión hospitalaria, y las variables que pueden realmente mover hacia un cambio para adaptarse o mejorar la situación actual en la gestión hospitalaria?, ¿cuáles son las características de la gestión de hospitales en nuestro medio?, ¿cuáles son los elementos que permitan la satisfacción y productividad en la gestión de hospitales?, ¿cuáles son las deficiencias en la prestación de servicio que brindan los hospitales?, ¿cómo incrementar la competitividad, eficacia, eficiencia y productividad en los hospitales?, ¿qué modelos de gestión de hospitales puede aplicarse en nuestro medio?, ¿son adecuados los modelos conocidos?, ¿existen nuevas formas de ver la problemática?, ¿existen acaso recetas para afrontar la problemática?

1.3. Justificación del tema.

La Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Autónoma de Yucatán se ha propuesto estudiar a las organizaciones. Aportando conocimientos e innovaciones obtenidos como resultado de las investigaciones aplicadas que se realizan y tratando de ayudar o contribuir en la respuesta ante los diversos retos que enfrentan las organizaciones de los diversos sectores que en nuestra región de influencia geográfica atienden.

Dentro de este ámbito de trabajo fue creado el Cuerpo Académico de Creación, Asistencia y Análisis de las Organizaciones (CREAANLO), cuyo objetivo principal es el de analizar, proporcionar asistencia mediante intervenciones de consultoría y realizar investigaciones aplicadas especialmente a las organizaciones que se desarrollan en los principales sectores productivos de la economía yucateca. Como consecuencia de lo anterior los integrantes tomaron la decisión de iniciar con el sector salud un proyecto -concretamente la gestión de hospitales- con el objeto de estudiar las organizaciones sanitarias tanto públicas como privadas para, en su caso, proponer innovaciones en los procesos y/o sistemas que permitan que las entidades administren con mayor eficacia y eficiencia los recursos con que cuentan.

Introducción y exposición de motivos

Dentro de los objetivos del trabajo realizado se establecían entre otros los siguientes:

- Diseñar e implementar una propuesta de adaptación y cambio organizacional
- Diseñar e implementar un sistema de observación y medición de resultados en su caso.
- Acompañar a la empresa en la implementación de las medidas que se necesiten y que se haya propuesto, observado, reflexionado y evaluado entre otras.

1.3.1. Infraestructura del sector salud.

Como podremos observar en el presente trabajo, México tiene una infraestructura aunque insuficiente y con serios retos ante los cambios demográficos, la escasez de recursos y la complejidad del contexto en el que el sector se desenvuelve.

El estado de Yucatán aunque se ufana en contar con una de las mejores infraestructuras tanto en lo material como en su capital humano - reconocido incluso internacionalmente-, no está al margen de esos retos, sin embargo ante los mismos, las oportunidades para poder realizar los cambios que se requieren y se vislumbran como impostergables. El presente trabajo intenta aportar mediante el caso de estudio que se presenta un ejemplo que muestra las posibilidades y los retos que pueden impulsar a lograr las transformaciones que se requieren.

1.3.2. Mis motivaciones

Por último y antes de entrar en materia me gustaría contestar la pregunta ¿porqué me interesa el tema?. Desde hace muchos años actuando como consultor y como académico, la búsqueda de un modelo o un prototipo de gestión en donde se conjuntaron las variables de investigación, consultoría y académica, no había tenido éxito, sin embargo, al encontrar en mi director de tesis el Dr. Jean Michel Larrasquet y un grupo de amigos que se encuentran trabajando en red (Dr. Luxio Ugarte, Dr. Jean Pierre Claveranne, Nimal Jayaratna, Jacques Mayrnax, Andreas Lenel, Mohamed Saad) los resultados obtenidos y los esquemas de trabajo desarrollados a través de una observación de ocho años (2002), me han motivado al hallar la respuesta a mi búsqueda, como consultor, investigador y académico.

En México las formas de trabajar, influenciadas sobre todo por la cultura estadounidense, en donde lo que menos se toma en cuenta es el factor humano, derivado del apego a las teorías clásicas de gestión, no me satisface, y esta tendencia prevalece en el mundo académico y empresarial del país.

Es por ello que las organizaciones mexicanas, no han podido resolver la problemática que les afecta, ya que no hay un entendimiento del mundo actual.

Simplemente observemos la pérdida de competitividad, en la que el país, ha caído varios lugares en la medición internacional de dicha variable.

Introducción y exposición de motivos

Una explicación sería, por ejemplo, que en términos generales la clase político-social dominante, tanto en la esfera pública como en la privada, no reflexiona, analiza, propone y establece las políticas nacionales necesarias, que permitirían hacer los ajustes requeridos, para nuestro modelo de “subdesarrollo”, y que como resultado impulsarían esas nuevas formas de “ver y hacer”. No hacerlo, está logrando dejarnos inmóviles en un mundo que se mueve incesantemente.

La Universidad, por tanto, es un reflejo de lo que sucede en el país.

No hay información confiable ni accesible, que las organizaciones mexicanas, particularmente las pequeñas y medianas empresas, podrían proporcionar. No se sabe trabajar en equipo, se desconocen las nuevas formas de gestionar, vincularse, investigar, así como del uso que pueden hacer de la consultoría. Es por ello que la principal motivación para realizar el presente trabajo doctoral, es, por un lado, obtener la información necesaria, así como las habilidades que se requieren para cambiar el micromundo en el que habito. Con ello espero contribuir al cambio de mi entorno en la medida de mis posibilidades y competencias.

Las primeras acciones emprendidas en el cuerpo académico Creación, Asistencia y Análisis de las Organizaciones (CREAANLO) y la experiencia en el trabajo permiten observar que es el camino y ojalá que con toda humildad podamos contribuir al cambio de nuestra universidad, estado y país desde la circunstancia que nos ha tocado vivir.

Por lo tanto, tenemos una primera reflexión que deberíamos de analizar, me refiero, por un lado, al proceso de cambio y aprendizaje, y por el otro, la manera de ser, pensar, hacer y actuar como consultor.

Además, podemos agregar a la necesidad importante que requiere la Universidad y su vinculación con nuestra Sociedad y entorno, para aportar y generar conocimiento, y que se piensa que como primer intento, aplicar en nuestro medio, el modelo de la triple hélice propuesto por Etzkowitz (1997), que propone como motores del cambio en la sociedad la vinculación de la universidad, con las organizaciones empresariales y públicas.

Así mismo habría que agregar que es necesario y posible experimentar los hallazgos y propuestas encontrados a lo largo de la realización de este proyecto de investigación, mediante la observación de al menos un hospital con un estudio de caso y la complejidad en la gestión hospitalaria, tenemos entonces los elementos necesarios para realizar el tema a investigar proponiendo las siguientes preguntas de investigación.

1.3.3. Las preguntas de investigación.-

Por tanto las cuestiones centrales serían:

¿Cuáles son las palancas que impulsan el cambio, cuales son las resistencias y frenos para implementarlo en una organización hospitalaria, y que tipo de actuación se puede aconsejar a los encargados o directivos?

¿Qué elementos de método y herramientas pueden estar a disposición del consultor para acompañar los procesos de cambio en hospitales, y que tipo de actuación se puede aconsejar a los consultores?

1.3.4. Contenidos de la tesis

1) Literatura o marco teórico.- Se revisará y analizará la literatura que se considerará pertinente a la luz de las necesidades de revisar el estado del arte en temas como la organización, el cambio, el aprendizaje, la consultoría y que nos permitirá elaborar la construcción del mismo.

En el entendido que en la medida que se necesite, conforme se vaya desarrollando y avanzando en el trabajo, se incorporarán, modificarán e incluso eliminarán si consideramos que no son útiles para los objetivos del presente trabajo, los autores que vayamos descubriendo y considerando, y que nos darán más elementos e información para la construcción de la metodología.

Con lo anterior, se pretende lograr aprendizajes y generación de conocimientos nuevos que finalmente contribuyan a dar respuesta a nuestras preguntas de investigación.

La idea inicial será realizar pequeñas monografías sintetizadas de cada tema, para luego de analizarlas, poder construir lo que da pauta a presentar el marco teórico. Por tanto la literatura revisada finalmente estará reflejada a lo largo del presente trabajo de investigación.

Es así que la construcción del marco teórico estará orientada a tratar de realizar una reflexión, realizar acciones y propuestas que se observarán también en el presente trabajo y proporcionará guías para entender lo que es finalmente una organización, qué elementos y factores la integran y afectan.

Una vez establecido lo anterior, surgirá la necesidad de hablar de cómo el cambio organizacional se realiza, por qué se realiza, qué relación guarda con las personas, dando paso a la generación de conocimientos, aprendizajes y desaprendizajes y por ende, tener una óptica de lo que es la transformación en las personas, que se reúnen a trabajar al ser contratados y poder contribuir con propósitos comunes para satisfacer las demandas de la sociedad y que las organizaciones hospitalarias esperan, desean y anhelan satisfacer.

Posteriormente será importante efectuar la revisión de la literatura relacionada con intervenciones de tipo consultoría.

Introducción y exposición de motivos

Se realizará con la verdadera intención por un lado de clarificar la información que se tiene, acerca de los distintos roles que un agente externo o interno pueden tener en la intervención en una organización y por otra, contribuir y ayudar a las organizaciones a realizar la reflexión y descubrimiento de conocimientos necesarios, que les permitirá atender y entender, el rol de las personas expertas en el tema y que fueron llamadas con ese propósito.

El marco teórico será presentado en el capítulo 2 al cual denominaremos Estado del arte y contendrá tres secciones o apartados, la organización y cambio, en donde daremos un repaso a lo enunciado a través de diversos autores seleccionados en cuanto a la organización, sus elementos, y las diversas tipologías de cambio existentes.

En el segundo apartado o sección se presentará el aprendizaje y el conocimiento, en donde se presentarán a autores claves considerados en dichos temas y se presentaran también las principales resistencias e impulsores del cambio y aprendizaje, identificadas.

En la última sección de dicho capítulo se presentarán los principales conceptos relacionados con la intervención, consultoría y la investigación.

En el tercer capítulo una vez revisada la literatura inicial (investigación documental), se revisará la metodología de investigación seguida y seleccionada, así como la presentación del protocolo del estudio de caso relacionado con un hospital pediátrico, y se dará inicio a la presentación del trabajo de campo realizado.

La información que permitirá conseguir los insumos necesarios para la reflexión final será producto de utilizar principalmente las técnicas de observación y entrevistas.

Asimismo se describirá el proceso de acompañamiento, como investigador y consultor el cual se realizará en el hospital seleccionado y las acciones que en su caso impacten en el sector salud, con el ánimo de observar los contenidos, reflexionarlos y analizarlos a la luz del marco teórico construido.

Por tanto podemos decir que el proyecto de tesis será una investigación cualitativa aplicada, utilizando el modelo de investigación-acción de Kurt Lewin, mediante la aplicación de dos tipos de investigación, la documental y de campo, usando o empleando técnicas documentales, de observación y entrevista principalmente, y utilizando el estudio de caso presentado por Yin (1994).

En diciembre del 2009 se deberá concluir el proceso de intervención.

En el cuarto capítulo se describirá sintéticamente al sector salud en México y en el Estado de Yucatán, así como la descripción de la entidad hospitalaria que será observada.

Introducción y exposición de motivos

De dicha entidad hospitalaria, se describirán sus antecedentes, así como el estado en que se encuentre antes de llevar a cabo la intervención, y se presentarán los elementos necesarios que permitirán la construcción del caso a estudiar.

En el quinto capítulo se efectuará el análisis de los datos y la discusión de los resultados obtenidos.

En dicho capítulo se presentará nuestra discusión y reflexiones finales que permitirán dar respuestas a nuestras preguntas de investigación planteadas a la luz de la confrontación entre la teoría y la práctica observada en el trabajo de campo ya realizada, con el objeto de plantear en el capítulo sexto nuestras recomendaciones, sugerencias y conclusiones finales que contribuyan a realizar acciones dentro de la complejidad que representa el tema seleccionado.

Capítulo 2

2. Estado del Arte

2.1. Introducción al capítulo

Este capítulo tiene como objetivo presentar el marco teórico que permitirá posteriormente, mediante la metodología de investigación utilizada, estudiar el hospital seleccionado.

Consta de tres secciones o apartados. En el primero de ellos se define lo que es una organización y las aportaciones de los principales autores sobre el tema del Cambio, Comportamiento y Desarrollo Organizacional (D.O.) y presentar cómo perciben a las organizaciones y sus esfuerzos para sobrevivir; su necesidad de adaptarse a los cambios y estructurarse para poder continuar su camino. Tomando en cuenta al factor humano que participa y trabaja en ellas y el impacto que individuos, grupos y estructuras tienen en la consecución de los objetivos. Lo anterior se plantea tomando en cuenta aspectos relevantes como lo son la motivación, el trabajo en equipo, el liderazgo y los mismos procesos de cambio entre unos y otros.

Es necesario recalcar que no se olvidarán los comentarios de autores que nos darán luz sobre los distintos tipos de arreglos organizacionales y los resultados de sus trabajos.

Finalmente se expondrán nuestros puntos de vista de lo que entendemos acerca de lo que es una organización y lo que es el cambio.

En el segundo apartado, describiremos también los conceptos y percepciones de los principales autores seleccionados en materia de aprendizaje y conocimiento; los principales impulsores en los procesos de aprendizaje y cambio.

Estos temas son la parte medular para lo que intentamos estudiar, observar, investigar, analizar, reflexionar, y en su caso aportar en el caso del Hospital Infantil seleccionados y que se presentarán en los capítulos subsecuentes donde se explicarán la metodología, el sector salud en México y Yucatán, el análisis de los datos, y las conclusiones del trabajo desarrollado.

Por último en el tercer apartado, veremos los diversos conceptos de intervención, consultoría y otros similares, así como sus tipologías, que nos permitirán evaluar y seleccionar las variantes a aplicar en nuestro trabajo de campo, el que hemos considerado como pertinente realizar para el caso investigado.

2.2. Organización y cambio.-Introducción

En esta sección presentamos los diversos enfoques de los que consideramos principales expertos en los temas de Organizaciones y Cambio.

Con el propósito de iniciar la construcción del marco teórico que nos permitirá, mediante el trabajo realizado en el trabajo de campo, ir construyendo las respuestas a nuestras preguntas de investigación.

En la sección 2.1.1 presentamos de una manera resumida, cómo entienden los expertos seleccionados, la Organización y trataremos de ordenar lo que consideramos son sus principales características para finalmente presentar nuestras conclusiones de lo que pensamos que es una Organización y cómo funciona. Pensamos que lo anterior va más allá de una simple definición.

En la sección 2.1.2 presentamos las aportaciones de los autores seleccionados en lo que consideran son los procesos de cambio, los diversos tipos de cambio, y haremos una breve introducción de los principales problemas encontrados en los procesos de cambio.

Finalmente en la sección 2.1.3 aportaremos nuestras conclusiones y puntos de vista de lo que consideramos es el cambio y por qué es importante que sea estudiado

2.2.1. ¿Qué es la organización? -Tipos de organizaciones.- Visión de principales autores seleccionados

En esta sección presentamos cómo los principales autores seleccionados nos presentan desde su óptica, los distintos tipos de organización, como la conciben y entienden y los conceptos que nos permitirán tener una idea más clara de lo que es una organización, cómo son las distintas formas de organizarse, su problemática, conceptos y factores que deben ser considerados.

Los estudiosos del Cambio, Desarrollo y Comportamiento Organizacional han desarrollado distintas tipologías que todo consultor, agente de cambio y facilitador ha de tener en cuenta. A continuación se describen tipologías de formas organizacionales.

2.2.1.1. ¿Qué es la Organización? Concepto

El concepto de “organización” resulta amplio. Por ejemplo el diccionario de la Real Academia Española (2001), menciona cuatro acepciones:

- A) La acción y efecto de organizar u organizarse.
- B) Disposición de los órganos de la vida o manera de estar organizado el cuerpo animal o vegetal.
- C) La Asociación de personas regulada por un conjunto de normas en función de determinados fines.
- D) Disposición, arreglo, orden.

Estado del Arte

De las antes señaladas, consideramos la tercera mencionada, como la más apropiada tratándose de las organizaciones

Las organizaciones implican interacción entre por lo menos dos individuos. Esta interacción da lugar a una serie interesantes de problemas relacionados a la motivación, la delegación de autoridad y la transmisión de información.

Por otra parte, las organizaciones utilizan, en mayor o menor medida, relaciones jerárquicas entre individuos. Es decir, los individuos, que integran la organización están sometidos, al menos en cierto grado, a órdenes.

Los trabajadores definitivos, temporales, administrativos, supervisores, gerentes medios e incluso la alta gerencia, moldean su comportamiento de acuerdo a instrucciones de "más arriba".

La organización (en el presente trabajo también podremos citarla como el hospital, la entidad, la empresa), también depende de las personas que laboran en ella, de los agentes, entidades u organizaciones externas a la misma.

Asimismo Gaynor (2001), comenta que los directivos, ejecutivos y profesionales, perciben o tienen en su mente una forma organizacional que bien puede tener tres modalidades o tipologías: organizaciones públicas, privadas o mixtas principalmente.

Por último, todas las organizaciones enfrentan como problemas básicos la asignación o reparto de la autoridad, los mecanismos para acceder a los recursos (materiales, técnicos, humanos, tecnológicos, etc.), con que se cuentan y los criterios para la repartición de los excedentes.

La palabra organización tiene muchas acepciones. Etimológicamente, proviene del griego "órganon" que significa instrumento.

Otros autores (enunciaremos entre paréntesis, a los más representativos dentro de cada escuela o corriente), a lo largo del tiempo han intentado estudiar la organización dependiendo de la escuela de pensamiento en la cual se les ha clasificado, así tenemos, por ejemplo en el siglo XX las siguientes:

- a) teorías clásicas: agrupadas por la literatura en las escuelas de administración científica, (Ford), la escuela de administración clásica (Fayol), burocrática (Weber) o la empírica (Dale).
- b) Escuela de relaciones humanas (Mayo)
- c) Escuela estructuralista (Etzioni)
- d) Escuela conductista (Maslow, McGregor y Herzberg)
- e) Teoría de desarrollo organizacional (March y Simon)
- f) Escuela Situacional o de las contingencias (Koontz, Hall)

- g) Teoría de los sistemas (Bertalanffy, Luhmann, Katz)
- h) Escuela de la administración estratégica (Mintzberg, Drucker, Ansoff, Porter)
- i) Teoría Z (Ouchi)
- j) Reingeniería de Procesos (Hammer)
- k) Excelencia (Peters)
- l) Calidad Total (Deming, Juran, Ishikawa, EFQM).

Pero antes de dar nuestro punto de vista al respecto del concepto consideramos importante darles un vistazo a los autores más pertinentes para nuestro trabajo.

Así, Chris Argyris (2000) da prioridad a los valores por encima de las mejores prácticas o las mejores teorías.

Sugiere que las personas tienen una necesidad de auto realizarse y cuyo potencial está lejos de desarrollarse en las organizaciones, ya que al trabajar muchas horas y estar en contacto con otras personas recibe influencias y por tanto se ve limitado en su sentir, pensar y actuar.

Es en este juego diario, donde aparecen componentes de importancia: el individuo, la organización y el grado de competencia interpersonal.

Sin embargo, la tecnología ha impactado las competencias interpersonales (habilidades para poseer ideas y sentimientos propios, de poder abrirse a ideas y sentimientos de los demás y compartir los propios, de experimentar y de tomar riesgos interpersonales, de ayudar a los otros a poseer ideas propias, de ayudar a los demás a abrirse, y de ayudarnos a experimentar) y en cambio ha permitido parametrizar los comportamientos de los individuos dentro de la organización e incluso las relaciones con proveedores y clientes.

Una relación sincera y abierta en confianza con otros es prácticamente inexistente dentro del ámbito de muchas organizaciones. Se manejan con intrigas y desconfianza, no se escuchan, no se manejan en forma abierta, tienen una visión de corto plazo, se encuentran cómodos haciendo y repitiendo lo mismo, no quieren escuchar críticas de lo que hacen o dicen.

Por tanto según este autor los comportamientos gerenciales tienen cuatro propiedades; establecer los objetivos en forma unilateral con la esperanza de ser alcanzadas en grupos, maximizar los beneficios, en el corto plazo, dividir las tareas en sub-tareas lo que facilita el control y la independencia de otros, minimizar toda manifestación de sentimientos negativos especialmente en público.

Tom Burns (1994), Gaynor (1999) y Whyte (1956) coinciden en cuanto a la importancia de prestar atención y consideración al contexto en el cual la organización se desenvuelve.

En contextos estables, las reglas normas y procedimientos pueden ser consistente con el tipo de organización burocrática en contraste con la necesidad de una organización flexible y

orgánica que resulta más eficiente en tiempos de turbulencia y cambio. Por eso en los grandes corporativos en países emergentes es común ver el establecimiento de “reglas de juego claras” y el establecimiento y obsesiones por “controlar” a la entidad.

Hablan de las organizaciones mecanicistas, la interacción de los participantes, siguiendo la verticalidad, las personas que saben, (o deberían saber), deben ser los jefes, el control se privilegia, la poca flexibilidad, la subdivisión de tareas, y las actividades repetitivas dentro de este tipo de arreglos organizacionales. Mientras más se baje en la pirámide organizacional los subordinados tienen menos participación, menos información, conocen menos los problemas, la tarea es subdividida, con menos actividades, menor autoridad, sus niveles de habilidades y competencias son menores y están en menor capacidad de tomar decisiones apropiadas.

También Burns y Stalker (1994) comentan que contraria a este tipo de organización mecanicista tenemos a la entidad de tipo organística que puede operar exitosamente bajo condiciones inestables.

Comentan que las consecuencias de este forma organizacional, son de largo alcance y de gran impacto: la información, el conocimiento la autoridad y el poder, entre otros elementos importantes, son redistribuidos y muchas veces en oposición a lo establecido por las jerarquías -en nuestro entorno Latinoamericano sobre todo-.

Estas formas organizacionales, son contrarias a aquellas, en donde se realizan las tareas de una manera muy tradicional, mecánica como establece Taylor (1947), en las que no se toleran nuevas formas de ver, actuar y pensar en las personas- y las estructuras formales.

Estas organizaciones organísticas, tienen como sus principales características las siguientes:

- Dejan de tener significado la subordinación-valor, obediencia debida.
- La información deja de fluir de abajo hacia arriba y las decisiones de arriba hacia abajo para convertirse en un sistema de comunicación.
- Se cuenta con suficiente y fluida, asesoría, apoyo, coaching.
- Existe un alto compromiso e involucramiento de las personas, generando una mayor responsabilidad y esmero del personal.
- La dirección de la comunicación es lateral.
- El personal se orienta a gerenciar conocimiento en reemplazo de gerenciar personas.
- La lealtad no es el valor superior.
- Se opera en red y en equipo.
- La cúspide deja de ser percibida como infalible y omnipotente.
- La responsabilidad no está limitada ni a la función ni al rol.
- La motivación es propia y debe motivarse a otros, aumentar la capacidad para trabajar a presión.

Las implicaciones para las personas respecto de la elección de pertenecer a una entidad mecanicista u organística tienen que ver con la iniciativa, el sistema de recompensa, el grado de compromiso y la autonomía que desea ejercer.

En el primer tipo de arreglo organizacional se le dice a los participantes organizacionales lo que tienen que hacer como así también lo que no deben de hacer, que se contradice con la organización organística donde se espera que las personas solucionen todo. Y como esto último tiene que ver con la percepción y sensación, muchos profesionales pueden llegar a adoptar perfiles que terminan por encaminarlo a esfuerzos más allá de los esperados.

Asimismo Burns y Stalker (1994), comentan que debe evitarse caer en las siguientes patologías organizacionales: figura ambigua (todo lo que no puede resolverse en un sitio debe trasladarse al superior), jungla mecanicista (en la misma organización saca nuevas ramificaciones, con el ánimo de resolver problemas, se incorpora nuevas personas, departamentos), súper-personal o sistema basado en comités (ante la complejidad se busca aislar el problema creando un comité).

Existen tres orientaciones en las entidades: el aspecto político (ya que la influencia de los individuos o grupos, con diversos intereses, necesidades y maneras de pensar están presentes en la entidad), las consideraciones de desarrollo profesional (más enfocada principalmente a la autorrealización de los individuos) y la organización operativa (la autonomía, sistemas de recompensa, etc.), los cuales deben ser considerados al observar una organización. En las organizaciones mecanicistas generalmente las primeras dos no se manifiestan abiertamente pero si influyen en el alejamiento de los propósitos de la entidad ya que se responde mucho más a los intereses de grupo o individuales y al status de los individuos.

Por último una aportación interesante radica en la reflexión del autor señalado, donde destaca que durante la segunda mitad del siglo XX la mayor parte del sistema industrial toma la forma “industrial burocrática” y comienza a emerger un nuevo arreglo organizacional en la que aparece ahora una relación con el mercado, donde las “necesidades individuales” parecen tomar una importancia cada vez mayor respecto del producto, bien o servicio.

Esta propensión al consumo a que hace mención Galbraith (1999), es estimulada por los medios, la publicidad, el mercadeo, y todo un sistema de incentivos tanto para el “cliente” como para el “participante organizacional”, lo cual contribuirá a desatar una fuerte competencia entre las organizaciones y propiciar una mayor inestabilidad e incertidumbre que afectará su marcha. Etzioni, (1975), estaba interesado en estudiar cuales son las semejanzas y diferencias sistemáticas entre distintos tipos organizacionales.

Se pregunta, ¿a qué se debe que muchas personas en las organizaciones cumplen las órdenes que les han sido dadas y también satisfacen los estándares de comportamiento que le han sido asignados?, ¿Cómo puede maximizarse el cumplimiento organizacional de los

distintos participantes organizacionales teniendo en cuenta que muchas veces algunas personas no cumplen con las órdenes emanadas y tampoco se comportan dentro de los estándares establecidos por otros?

La respuesta viene a través de dos caminos diferentes pero complementarios: el componente estructural que guarda relación con el sistema formal y el tipo de poder que la organización hace uso para darle un grado de fuerza al cumplimiento, los manuales de organización, por ejemplo, es un esfuerzo genuino para controlar el comportamiento de los integrantes de la organización, los que se encuadran en gran medida dentro de las organizaciones burocráticas.

El otro componente motivacional que tiene que ver con el grado de compromiso personal que tienen los individuos respecto a los objetivos y propósitos organizacionales, está en relación con el involucramiento y el compromiso del individuo con la entidad. Por tanto, en la medida en que el personal está comprometido, se requieren menos mecanismos de control formal.

Con respecto al poder menciona tres tipos que son: a) el coercitivo, que es el uso de la fuerza física para asegurarse de que los miembros cumplan las órdenes emitidas, b) el normativo, que es el resultado de manipular símbolos y su distribución en distintos grados como lo son el prestigio, conocimiento, respeto, ideas, amor, entre otros y, c) el remunerativo o utilitario, que está basado en la manipulación de los recursos materiales.

Es probable que un tipo organizacional tenga preferentemente un tipo de poder en particular pero que también en algunas unidades, en ciertos momentos, y bajo ciertas situaciones se hace uso de otro poder que llamaremos “secundario”. También influye la posición dentro del organigrama de la entidad.

En cuanto al involucramiento menciona que existen tres tipos:

- a) alienante o de tipo negativo, que sugiere una total disociación entre el individuo y la organización,
- b) moral o de tipo positivo, donde existe cierta identificación con la entidad y,
- c) remunerativo, donde el tipo de compromiso es calculador. Existe para él la combinación cuasi-perfecta, entre tipo de poder y tipo de involucramiento con algún arreglo organizacional en particular.

Como se ha comentado en la introducción del este trabajo, las organizaciones deben adaptarse al ambiente cambiante en que se desenvuelven, reestructurándose y aplicando nuevos procedimientos y reglas.

Weber (2002), menciona que una organización en donde se da la retroalimentación de ideas y participación entre todos los niveles, tiene mejores expectativas de alcanzar el éxito.

Esto es lo que se denomina Organización Burocrática, o sea, una organización, la ideal, según el autor antes citado, sería aquella en la que todos sus integrantes obedecen las órdenes y respetan las normas, las reglas y los procedimientos.

Considera que el peso de sus acciones determinará el rumbo a seguir por la empresa y la toma de decisiones no debe dejar de ignorar su influencia en ella. Sin embargo Weber omite considerar que cada individuo es resultado de su propia circunstancia y que esta influye directamente en su actuar y sentir diario dentro y fuera de la empresa.

Alvin Gouldner, citado por Gaynor² (2008), establece la dificultad en la operación de organizaciones burocráticas, particularmente cuando emigran de un sistema Taylorista y evolucionan hacia una organización más formal como la burocrática.

Esta transformación revela que aunque la mayoría de los miembros de una empresa obedecen, algunos elementos se rehúsan a acatar alguna de las órdenes y nuevos métodos en su totalidad.

Esta resistencia se presenta en todos los niveles sin importar si se trata de un obrero o de alguno de los directivos.

La resistencia a acatar las reglas, normas y procedimientos y a obedecer las órdenes, en ocasiones no depende en sí de lo que marcan los lineamientos establecidos, sino de otros factores que influyen como lo pueden ser el cuestionarse de dónde provienen las órdenes y sobre qué base se determinan los procedimientos y la autenticidad de los mismos, originando con ello lo que él denomina patologías o síntomas de las burocracias:

- La bufona (las normas son impuestas desde afuera, nadie las considera legítimas y por tanto todo el mundo las viola).
- La representativa (las normas y reglas son promulgadas por expertos cuya autoridad es en general aceptada por los participantes organizacionales).
- La centrada en castigos (tanto las reglas como las normas y procedimientos son una respuesta a las presiones que pueden originarse desde la gerencia o desde los trabajadores).

Es importante establecer, como lo menciona este autor, que las formas de burocracia, antes descritas no necesariamente coexisten en todas las instituciones, sino que lo más probable es que existan diferentes combinaciones de ellas.

Siempre habrá personas que entienden los objetivos de la empresa y los hacen suyos; y en cambio a algunos les puede parecer que las metas organizacionales no coinciden con sus necesidades. En esto se basa el pensamiento de Gouldner.

² En el presente trabajo cuando se cite alguna fuente secundaria, es porque se ha considerado importante la idea aportada pero no ha sido posible tener acceso a la fuente primaria requerida.

De aquí se desprende por tanto, lo que es por todos conocido, en muchas ocasiones, los directivos de las organizaciones no son quienes saben más, pueden ser dueños de innumerables conocimientos y teorías pero el personal que día a día realiza los procedimientos y lleva a cabo los procesos de producción o la prestación de servicios son quienes realmente conocen las minucias que involucran y dirigen a sus subalternos, mas esto no implica que tengan algún tipo de autoridad formal.

Este autor realiza también una crítica en relación a la existencia de una contradicción existente en las burocracias.

Por una parte establece que dentro de los puestos ejecutivos deben de contar con la autoridad necesaria para llevar a buen camino a la organización, pues se considera que son las personas más aptas y pueden ejercerla, pero por otra parte también es una realidad evidente que el ingreso de personas con las habilidades, competencias, conocimientos y experiencias son los que en la práctica y en el mundo real tienen un área de influencia y autoridad que puede generar conflictos con las autoridades formalmente establecidas.

A lo anterior cabe agregar lo aportado por Thompson (también citado por Gaynor, 2008) a la crítica señalada anteriormente ya que tiene aplicación directa a organizaciones hospitalarias y en educación.

Se debe considerar que las personas son entes vivos, complejos, en donde están involucrados sentimientos, experiencias, conocimientos, deseos, etc., que están presentes en las estructuras y son factores que tienen que ser tomados en cuenta mas allá de los formalismos que la literatura tradicional establece.

Gaynor (2001), también cita a Paul Lawrence y Jay Lorsch, (1976), autores que destacan los siguientes aspectos:

- a) Una teoría social evolucionista que establece dos procesos opuestos como lo son la diferenciación y la integración.
- b) Se plantean una pregunta importante; ¿Qué lleva a las personas a crear organizaciones?
- c) Sugieren que existe una relación cercana entre el grado de incertidumbre y la variedad existente en el contexto, la diferenciación organizacional, y los mecanismos de integración que lleva a cabo la organización para la resolución de problemas.
- d) Se le ha dado el nombre de teoría situacional, al poner énfasis en que no existe una forma ideal de organizar a una empresa o institución, ya que todo depende de la circunstancia, el ambiente en que se desarrolla dicha entidad.
- e) Por otra parte Lorsch y Morse mencionan que las organizaciones más efectivas están mejor organizadas, partiendo de la base de la complementaridad de sus integrantes y lo que ocurría en el contexto.

De lo anterior, por tanto, podemos desprender que el campo de acción de las organizaciones es circunstancial (situacional), y que todo está inmerso en un grado de incertidumbre, y que dentro del mundo actual, en el cual cualquier empresa se circunscribe, lo hará más complejo, teniendo por tanto tareas que tienen, que consideran, no solo al factor humano, sino la circunstancia donde se desenvuelven y actúan.

Douglas Mc Gregor (1981), menciona que las organizaciones funcionan sobre la base de los supuestos que tienen los gerentes respecto del comportamiento humano de su personal. Sus pensamientos los agrupa alrededor de la Teoría X, que entre varios supuestos básicos destacándose los siguientes: la mayor parte de las personas no tienen interés en trabajar y preferirían no hacerlo, por tanto no son propensas a tener iniciativas, necesitan por tanto, una fuerte presencia de un superior que dirija sus actividades, y necesitan además, métodos de control sobre las mismas, por lo que podemos decir que en general poseen una mentalidad Taylorista.

Y como la gente no está a gusto o no es responsable también se debe pensar en un sistema de presión o inhibición. Por tanto el trabajo del gerente no incluye la función de coach, asesoría o acompañamiento, sino más bien la de capataz o supervisor.

Para el modelo "Y", donde se tienen supuestos contrarios y se logra tener, por parte de los subordinados, un mayor grado de autonomía, responsabilidad y compromiso.

En resumen podemos decir que Mc Gregor tiene bien claro que el rol gerencial debe incluir necesariamente la función de prestar apoyo y soporte al personal, por encima de la orientación tradicional de darle dirección desde el punto de vista prescriptivo y luego controlar los resultados que el miembro organizacional alcanza.

Por su parte William Ouchi, (1981), propone la "teoría Z" o también denominada "método japonés" que va más allá de una teoría, y considerándose más una filosofía, ya que ve al hombre como poseedor de valores, la importancia de trabajar en equipo y reflexiona sobre las semejanzas y diferencias en las formas de administrar entre las empresas japonesas y estadounidenses.

Al igual que Mc Gregor quien aporta su teoría X-Y, Ouchi en su planteamiento fundamental, establece que existen tres tipos de organizaciones:

- Las del tipo A, que son empresas muy parecidas a las organizaciones americanas,
- Las del tipo J, semejantes a como accionan las empresas japonesas y finalmente
- Las del tipo Z, que tienen una cultura empresarial en donde, de acuerdo a la propuesta de Ouchi, destacan tres principios claves: la confianza, las relaciones sociales que deben ser estrechas, y por último, una atención especial a las relaciones humanas.

La teoría Z se fundamenta en la idea de que el individuo y empresa son lo mismo. No se pueden separar uno de la otra.

Gracias a esta simbiosis, el individuo se siente parte de la empresa y reconoce que es gracias al trabajo que desempeña en ella que puede obtener satisfacciones que le complementan su vida personal.

La organización, por su parte, sabe que si logra hacer que sus miembros se sientan apreciados en su total valía, y pone a su alcance los medios que le permitan el logro de sus objetivos personales y profesionales, esto encaminará a la empresa al éxito con empleados comprometidos y contentos de formar parte de ella.

Los trabajadores saben que su permanencia en esa empresa, garantiza su realización personal y luchan codo a codo con los directivos para que la misma se sitúe en una posición de éxito.

Henry Mintzberg (1994) se pregunta principalmente ¿qué es lo que hacen los gerentes y en qué tipo de arreglo organizacional trabajan?

Este autor no toma como válidos los supuestos de la organización burocrática y cuestiona los marcos conceptuales de Frederick Taylor y Henry Fayol. Asimismo establece que los gerentes no siempre hacen lo que les es encomendado; más aún, hacen otras cosas que no le son encomendadas.

Propone diez roles que son agrupados en tres grandes áreas: interpersonal, informativa y decisoria.

- La interpersonal que da cobertura principalmente a tres roles:
 - Cabeza “aparente”.- La necesidad de ejercer la autoridad formal derivada de la posición que ocupa como representantes dentro de la entidad.
 - Líder.- En donde los gerentes deben ser capaces de integrar efectivamente las necesidades de la entidad con los participantes organizacionales que están bajo su mando.
 - Ligazón.- Las relaciones horizontales son importantes para un efectivo desempeño gerencial, construyendo y manteniendo una red de contactos y relaciones que son de vital importancia para la entidad.
- La segunda área es la informativa (tarea de coleccionar, diseminar y transmitir información) que comprende tres roles:
 - Monitoreo.- Verificar la información tanto de eventos como sucesos internos y externos para transmitirlos a otros.
 - Transmisor.- Pasar información de facto basado en los hechos o, interpretativa basada en actos reflejos de nuestras percepciones y sensaciones.
 - Locutor.- Emitir la información al exterior de la entidad tanto al público en general, como a personas que están en posiciones de influencia.

- Por último la tercera área y quizá la más importante para este autor es la decisoria identificando cuatro roles:
 - Emprendedores.- Las organizaciones se caracterizan por tener dos orientaciones muy claras, a) la de parametrizar el comportamiento de los participantes organizacionales, y b) rutinizar todo lo que es rutinizable. Es por ello que la tarea del gerente sea la de promover iniciativas de lo que hay que hacer, de una manera voluntaria.
 - Manejador de conflictos.- Esta tarea gerencial de planear un escenario estable temporal y de reaccionar ante los cambios suscitados es una tarea vital de todo gerente que no debe olvidar, sobre todo porque muchas de las cosas sobre las cuales deben actuar los gerentes, están fuera de control por las turbulencias del mundo complejo.
 - Distribución de recursos.- El rango de recursos que cada uno de ellos tiene disponible es enorme y muy pocas veces usado en los intereses de la empresa y no debemos olvidar que al distribuir los recursos los gerentes están distribuyendo el tiempo, planeando trabajos, y autorizando acciones entre otros.
 - Negociación.- En virtud del intercambio de recursos en tiempo real es necesaria la negociación con otros dentro y fuera de la entidad.

En cuanto a los arreglos organizacionales menciona que son cinco:

- Estructura simple.- Formada por uno o pocos administradores y un grupo de operarios que realizan el trabajo básico. Hay poca necesidad de analistas y asesores. Generalmente es una organización flexible. El control es altamente centralizado. Generalmente son pequeñas organizaciones.
- Burocracia mecanicista.- Se incorporan técnicos y especialistas, que hacen esfuerzos por hacer más predecible a la organización (se aumentan procesos de estandarización), se incorporan funciones tales como planeación, investigación operativa, capacitación y control de la producción.

Se incrementan los costos. Se establecen o desarrollan reglas, normas y procedimientos que se dirigen a controlar más los procesos. Generalmente también tiene una estructura centralizada.

Son organizaciones que operan en contextos más bien estables con tareas repetitivas. Hay muchos conflictos. El trabajo se vuelve más complejo, lo que dificulta realizar controles sobre las labores, y la obsesión de control no lleva a ningún lugar.

- Burocracia Profesional.- Distintos súper especialistas altamente profesionalizados quienes sobresalen en su área de expertise (experiencia y conocimiento), lo que nos trae a la siguiente pregunta por resolver: ¿Quién reúne las competencias para coordinar en estas situaciones de litigio y de discrepancia?, las relaciones jerárquicas,

el elevado grado de formalización, se privilegia la división del trabajo y la especialización, la comunicación es generalmente formal y de una manera jerárquica, distanciamiento entre los que toman las decisiones y los ejecutores de las mismas.

- Estructura Divisional.- Más bien utilizado por las grandes corporaciones multinacionales.

Existe un “Pentágono” ya que controla varias burocracias mecanicistas o entidades independientes que se encuentran unidas por una administración, a diferencia de la burocracia profesional, las divisiones se encuentran en la línea media y no en el centro operativo como sucede con las burocracias profesionales.

No es una estructura completa sino parcial, superpuesta sobre otras. Divisionalización no significa descentralización (que implica dispersión de la autoridad para la toma de decisiones), por tanto muchas veces la divisionalización va acompañada de un alto grado de centralización.

Existe por ende mucho control y medición del desempeño. La estructura interna de las divisiones tiende a burocratizarse y a centralizarse, lo que da como resultado la burocracia mecánica en las divisiones.

- Adhocracia o la Organización Ad-Hoc.- Es la más compleja y estandarizada, es muy flexible, la autoridad se está moviendo constantemente.

El control y la coordinación se realizan por ajuste mutuo, mediante comunicaciones informales e interacción de expertos, comprometidos, se estimula el uso de mecanismos integradores (roles de enlace).

La autoridad está distribuida, en donde se encuentre el experto en el momento que se necesita para tomar una decisión.

Hay muchos administradores en la adhocracia, crea pequeños ámbitos de control, producto del tamaño reducido de los equipos de trabajo.

Los administradores no ejercen el control en forma tradicional, sino más bien están preocupados de la integración de los diferentes equipos.

La autoridad está basada en la competencia y no en la jerarquía, perdiéndose la separación línea-staff.

No está clara la diferencia entre la cúspide y el resto de la estructura.

Las estrategias no fluyen desde arriba sino más bien son desarrolladas en virtud de la toma de decisiones asociada a cada proyecto, es decir, se generan a medida que se aceptan y desarrollan nuevos proyectos.

Todos los involucrados son estrategas.

Identifica dos tipos de estrategias: la operativa que consiste en llevar a cabo proyectos de clientes, tratando cada problema como único y de una manera creativa. El centro operativo y la estructura administrativa trabajan integrados en un único esfuerzo.

Y la segunda, la administrativa, que es una estructura compuesta por dos partes y que está más bien orientada a un proyecto y lleva a cabo el trabajo de diseño combinando la administración de línea con los expertos asesores en equipos de proyecto.

Este tipo de organización tiende a ser efectiva y eficiente.

En mercados altamente turbulentos, con profesiones que tienen una tasa de caducidad de unos 7 a 9 años, con necesidades de los clientes que se modifican cada 6 y 12 meses, con los principios de Alvin Toffler (1979), vigentes (novedad, diversidad y transitoriedad), las cuatro formas organizacionales descritas se encuentran ante una gran amenaza.

Hasta ahora hemos visto lo que opinan los diversos autores acerca de lo que consideran los diferentes arreglos organizacionales, más adelante regresaremos a ellos, por ahora veamos en la siguiente sección lo que nos dicen en cuanto al cambio organizacional.

Michel Crozier (1976), señalaba que las organizaciones pueden ser consideradas como entes donde se presenta una serie o conjunto de juegos de poder entre distintos grupos de socios / asociados, quienes tienen que jugar entre sí. Menciona que el factor cultural se tiene que tomar en cuenta tanto en esos juegos de poder como en la distribución –asignación de recursos, que están presentes en los arreglos organizacionales burocráticos.

Charles Lindblom (1979), considera que la toma de decisiones dentro de una empresa es irracional y que es efectuada por individuos que en vez de realizar un análisis objetivo y certero de las situaciones reales en que se desarrollan las organizaciones y el medio cambiante que les rodea, se basan en su experiencia personal.

Aporta el concepto “incrementalismo desunido” de donde surge el concepto resistencia al cambio, que en la actualidad es muy utilizado por los consultores.

También señala que los consultores a partir de planteamientos, toman decisiones parciales y no completas. Es decir, resuelven pequeños problemas y eventos que se presentan día a día en las distintas áreas y no consideran a la totalidad del problema.

Las decisiones tomadas tienden a corregir las situaciones menores que se van presentando y que crean algún conflicto, pero no tienden a reforzar y apuntalar el crecimiento de la empresa como tal.

Esta modalidad de toma de decisiones es limitada, sólo tiene como propósito que la empresa quede tal como estaba antes de que surgiera la situación que la originó.

Finalmente señala que este temor a afrontar mayores riesgos y tomar decisiones más agresivas que les permitan adelantarse y progresar, puede estar fundamentado en una situación que es limitante pero existente y de relevada importancia como lo es la denominada “resistencia al cambio”.

Sin embargo, es muy importante señalar lo mencionado por Morin (2004), en cuanto al principio de la ecología de la acción, “toda acción escapa cada vez más de la voluntad de su autor a medida que entra en el juego de las inter-retro-acciones del medio en el cual interviene”. (Morin, 2004).

Consecuentemente, la voluntad e intencionalidad del sujeto, su responsabilidad, y el carácter ético de una acción dependerá del conocimiento del entorno, así como la necesidad de contar con humildad en el conocimiento de las consecuencias de sus acciones, pero en el entendido que a largo plazo son impredecibles, por lo que podemos decir que aunque se establezcan incentivos o estímulos, no son garantía de que, en el largo plazo, exista la estabilidad requerida por las organizaciones para su buena marcha.

Mientras que los autores clásicos de la Administración, consideraron que en las empresas la toma de decisiones estaba basada en un modelo mecánico o tradicional, en la cual se consideraba solo la consecución de objetivos que eran establecidos de acuerdo a ciertas premisas, otros autores encabezados por Elton Mayo y la escuela humanística introducen un nuevo elemento a tomar en cuenta en la teoría administrativa: el elemento humano y la importancia que tiene dentro de la organización a que pertenece.

Giddens (1987), por su parte contribuye al desarrollo del pensamiento administrativo con la idea de que todas las empresas, organizaciones o instituciones no deben quedarse ordenadas (teoría de la estructuración), de acuerdo a como fueron planeadas en su inicio, lo cual en su momento les permitió lograr sus primeros objetivos y útiles para la toma de decisiones. En resumen, las empresas deben evolucionar.

Este autor propone que se reestructure la empresa de acuerdo a los éxitos obtenidos y situaciones contrarias que obtiene en relación con el medio en que compite y se desenvuelve, sin dejar de tomar en cuenta que la imagen que da la empresa está relacionada directamente con la imagen que dan sus miembros y la libertad con que se desempeñan.

Otros autores han estudiado a las empresas desde diversos enfoques que aportan datos interesantes a la teoría administrativa, algunos de ellos son los siguientes:

Robert Merton (1949). Su teoría se basa en asegurar que los miembros de una organización aprenden a cómo reaccionar ante situaciones parecidas, sin embargo esta manera aprendida de respuesta puede no ser útil cuando se presentan variantes o condiciones distintas.

Jensen y Meckling (1976), que plantean también en la teoría de la agencia, en los que se analiza la forma de los contratos formales e informales que celebran por una parte los dueños accionistas o “principales” responsables con los gestores de las entidades (agentes), para la defensa de sus interés otorgándoles poderes para decidir. Esto también provoca la posibilidad de que el agente o gestor busque satisfacer objetivos personales en perjuicio de los intereses de los “principales”, a lo que se le llama “riesgo moral” y, por tanto, se establecen controles con el objeto de aumentar la eficiencia y a su vez se promueven las lealtades mediante incentivos o estímulos a esa lealtad y que intentan dar estabilidad a la entidad.

Arnold S. Tannenbaum (1968), Hizo su objeto de estudio la comparación entre instituciones altruistas y sin fines de lucro y empresas del sector industrial.

Estudió el comportamiento de sus miembros y observó que los “voluntarios” o personas que prestan sus servicios sin obtener remuneraciones económicas, presentan altos niveles de productividad al contrario de las personas que prestan sus servicios dentro de las empresas y reciben paga por ello.

Su explicación respecto a esta diferencia tan marcada, se debe a que las personas que trabajan en las empresas “sin ánimo de lucro”, promueven una gran participación, en cuanto a la toma de decisiones y mando, que les permita sentirse comprometidos a desempeñar con éxito la confianza que se deposita en cada uno de ellos.

De lo cual, podemos inferir que las personas que trabajan bajo contrato en una organización, reciben una paga por el trabajo realizado y quizá sea por una necesidad de subsistencia más que de realización en donde el dinero no es relevante.

Víctor Vroom (1974), establece la existencia de dos variables en las cuales giran el comportamiento de las personas basándose en sus expectativas, por un lado, la toma de decisiones y por otra, la participativa.

Humberto Maturana y Francisco Varela (2003), definen el acoplamiento del individuo dentro de una empresa y de su entorno. Estos autores consideran al ser humano como un maquina autónoma que se reconstruye y se adapta sin perder sus características a los estímulos externos.

En pocas palabras, el ser humano se adapta a las circunstancias cambiantes y factores externos sin perder su esencia y reaccionan de acuerdo a cómo esté su estructura interna en ese momento. Son elementos autónomos que forman parte de un todo (Autopoiesis).

También consideran que las personas son sistemas cerrados, en su interior, al interactuar sus elementos internos y que son flexibles, en lo exterior, en cuanto a su habilidad o competencia

para adaptarse, pero de una manera autónoma en su operación. Un ejemplo sería la conciencia de los individuos.

Otro de los temas que abordaron es la empatía o la capacidad de ponerse en el lugar del otro ya que “Mi mente es la otra mente”, hablan también de lo importante que es la percepción y lo importante que es mirar con otros lentes la realidad.

Hablan asimismo de la fragmentación, de cómo percibimos la realidad, y la participación de la percepción en la adquisición del conocimiento.

Es con todo lo descrito aquí que podemos entonces dar nuestra opinión de lo que entendemos por organización.

Podemos decir, por tanto, que la organización es un sistema abierto formado por dos o más personas en las que es esencial la colaboración y la cooperación entre ellas, que al formar grupos van generando comunicación e interactúan, que tienen reglas, normas de comportamiento, que deben ser respetadas por los integrantes, para poder generar un medio ambiente que les permita la realización de sus actividades, generando o formando una estructura de relaciones de interacción, para producir, elaborar o prestar un producto, bien o servicio, para satisfacer las necesidades de la comunidad dentro de un entorno y circunstancia, dando así la satisfacción de su principal propósito y objetivo común que le es característico y que es su misión.

Otra forma de decirlo quizá fuera que la Organización, en nuestra opinión, es un sistema de actividades o tareas y procesos coordinados y que está constituido por dos o más personas o grupos, que forman y formalizan una estructura, sistemas de relaciones o interacción, que estas personas o grupos son interdependientes, que tienen autonomía y que a su vez tienen diversas capacidades y competencias destacando su capacidad adaptativa, de auto organización, y de comunicación, que tienen reglas y normas de comportamiento, que consumen o utilizan recursos con el objeto de producir bienes, productos o servicios, para satisfacer a la comunidad y tener su propia satisfacción y contribuir a lograr un propósito o misión establecido. Y por último que tienen una temporalidad no establecida.

Puede tener como finalidad el lucrar o no, su dimensión puede ser micro, pequeña, mediana o gran organización dependiendo del criterio que se emplee para clasificarla, por ejemplo, ya sea por el número de personas que colaboran o por el monto de los ingresos que se generan o la cantidad de activos tangibles con que se cuentan, cuya propiedad puede ser pública, privada o mixta. Y está en la búsqueda constante para obtener los recursos necesarios (materiales, técnicos, humanos, cognitivos, e intangibles para desarrollar sus actividades y poder así cumplir con sus fines.

2.2.2. - El Cambio.- ¿Qué es el cambio? Introducción y Concepto

Hoy en día, las organizaciones de salud tienen nuevos retos y su éxito depende muchas veces de qué tanto son capaces de manejar dichos retos.

Así es como la competencia, la tecnología y en sí el entorno político, económico y social, entre otros factores que se analizarán más adelante, representan constantes cambios que tiene que experimentar los hospitales y si a esto le sumamos los numerosos factores internos que también representan cambios en la organización, ya podríamos tener una imagen completa de lo complejo que enfrenta la entidad en el curso de su vida.

El cambio se ha convertido en algo constante, por más irónico que se escuche, y afecta directamente a una organización hasta el punto de limitar su vida o alargarla ya sea haciéndola más eficiente, más competitiva, incrementando su calidad o todas las anteriores causas.

Desde hace varios años se ha hablado del cambio, de su necesidad, de su existencia y de su importancia y también se ha hecho mucho énfasis en la resistencia al cambio por parte del factor humano, como algo negativo y como un freno al impulso que promueve en sí un cambio organizacional, aseveración por demás imprecisa, como veremos en el desarrollo de esta tesis, cuyo propósito es ampliar nuestro concepto de cambio y de sus implicaciones.

Empecemos por definir el concepto de cambio, como nos lo define el diccionario de la Real Academia Española (2001): (Del lat. tardío *cambium*, y este del galo *cambion*).

De sus diez acepciones posibles tomamos aquellas que dicen lo siguiente:

“Acción y efecto de cambiar”, que a su vez nos lleva al concepto cambiar, en donde observamos “dejar una cosa para tomar otra” o bien “modificarse la apariencia, condición o comportamiento”.

Hay otras acepciones de cambio como la que lo define como “un proceso inevitable dentro de la naturaleza que involucra el paso de una situación a otra diferente, lo cual afecta en forma significativa las formas de hacer las cosas” (Ibid, 2001).

Otros significado que tiene el término cambio es cuando se afecta de una forma significativa un comportamiento establecido como consecuencia de un proceso inevitable dentro de la naturaleza que involucra el dar paso de una situación a otra completamente diferente. (Anderson, 1996).

Al decir que es inevitable lo que se quiere decir es que lo decidamos o no el cambio aparece en la vida de una organización. En muchas ocasiones el resultado de una acción planeada, en otras ocasiones producto de una reacción, en otras más como resultado de no realizar ninguna

acción, es por ello que una transformación puede ser provocada para encontrar una optimización, una nueva oportunidad de hacer negocios, (Greiner L. , 1982).

Por tanto se puede considerar que el cambio no necesariamente mejora las cosas, podría empeorarlas. Lo que hay que tener presente es que sucede de una manera continua, en todas las organizaciones y que es parte de la existencia misma de la organización.

Otro aspecto importante a considerar es que el agrupamiento de personas que colaboran o trabajan en torno a un objetivo común que denominaremos "Organización" es en sí mismo un sistema y por tanto, son agrupamientos sociales dinámicos dentro de un medio ambiente también sumamente cambiante y complejo.

Los sistemas buscan, intentan mantener un equilibrio dinámico en la vinculación con el medio ambiente que le rodea, y lo realiza por medio de sus procesos internos, por ello los sistemas se ven obligados de una manera natural a cambiar, a transformarse, adaptarse, ya que no permanecen iguales ni un solo instante.

Es por ello, que los sistemas constantemente se van transformando, y para tal fin buscan asegurar su supervivencia, modificando sus procesos y sus estructuras, para responder de esa manera a las necesidades que el medio ambiente que le rodea les exige. (Cornejo A, 1997)

Por tanto podemos decir que para poder subsistir los sistemas necesitan de la negentropía, (que es un concepto inverso a la entropía, que significa tomar energía del exterior), mediante la información y de diversos recursos y cuyo propósito es subsistir y autoregularse.

Los sistemas deben de hacer un adecuado uso de la energía con que cuentan, ya que están sujetos al aumento del desorden interno existente., o sea que los sistemas van consumiendo recursos, y por tanto tienen un desgaste natural (entropía), y tienen que renovarse, de lo contrario tienden a desaparecer. Aquellos sistemas que tienden a sobrevivir en mayores lapsos, son por tanto, las organizaciones que innovan, transforman constantemente sus procesos y sus estructuras.

Ahora bien, los efectos negativos se tendrían si se tiene una cantidad menor de energía, ya que tendrá como efecto el aumento de ese desgaste (entropía), o el excesivo uso de los recursos, o que se mal utilicen y evitan el desarrollo y evolución de una organización, ya que pondrá en riesgo su sustentabilidad y sobrevivencia, puesto que seguramente habrá otra organización que si pueda sobrevivir con menos recursos y pueda realizar la función de autoregularse.

Al respecto Cambell (1993), menciona: que las estructuras disipativas son aquellos sistemas que experimentan un aumento, crecimiento o incremento en la entropía y Prigogine (1984), demostró que las estructuras disipativas pueden llevar a la auto-organización.

Esto significa que pueden por tanto surgir o emerger estructuras más complejas que sean producto de estructuras más simples.

Asimismo, también, como señala Wheatley (1994):

“Parte de la viabilidad proviene de la capacidad interna para crear estructuras para adecuarse al momento. Ni la forma ni la función (estructura y procesos) por sí mismo dicta cómo es construido el sistema. El sistema posee la capacidad para generar estructuras emergentes, dependiendo de lo que es requerido. No está cerrada en una sola forma sino que es capaz de organizar información en la estructura que mejor cumpla con la necesidad presente”. (Wheatley, 1994, pág. 90)

El mismo autor menciona:

“Aunque flexible, una Estructura Auto-Organizada no es un reactor pasivo a fluctuaciones. Cuando madura y se estabiliza, llega a ser más eficiente en el uso de sus recursos y mejor capacitado para existir dentro de su medio ambiente. Establece una estructura básica que da soporte al desarrollo del sistema. Esta estructura entonces facilita la formación de un aislamiento del medio ambiente que protege al sistema de cambios constantes y reactivos.” (Wheatley, 1994, pág. 92)

Otra aportación importante, del mismo autor, es la que se refiere en relación a la dirección del cambio, y que es útil porque nos permite entender mejor dicha dirección:

“En el mundo de la auto-organización todo está abierto y es susceptible al cambio. Pero el cambio no es probabilístico o incoherente. En lugar de ello obtenemos un vistazo de sistemas que evolucionan hacia independencia y elasticidad porque son libres para adaptarse, lo estático, el balance y el equilibrio son estados temporales. Lo que perdura son procesos dinámicos, adaptativos y creativos.” (Wheatley, 1994, pág. 98)

Podemos decir entonces que el cambio es un proceso normal en la que los actores son las organizaciones y el medio ambiente.

Las señales están en el medio ambiente exterior a las organizaciones, y por tanto éstas tienen que desarrollar y generar mecanismos que les permita capturar, procesar los impactos y efectos que producen alteraciones en sus comportamientos. Estos impactos y efectos se darán durante toda la vida de la organización y su adaptación y respuesta adecuada y oportuna permitirá a la organización mantenerse funcional y actual ante su medio ambiente exterior.

Por otra parte, la transformación por pequeña que sea, es importante para la organización, prestar atención ante las señales que envía el medio ambiente exterior, ya que muchas veces el no hacerlo podría tener consecuencias negativas que afectarán el desarrollo de la entidad.

Por tanto cualquier cambio que realice una organización afectará al resto de las entidades existentes en el medio ambiente, ya que al impactarlo, tendrá una influencia que predomine en la modificación del medio ambiente, y éste por tanto, enviará señales a las otras entidades que no lo hubieren realizado.

Es por ello que la organización (el sistema), al buscar mantener su estructura básica, al adaptarse y adecuarse a las nuevas circunstancias, no podrá, para cambiar, eliminar todo, sino que habría que construir un nuevo sistema. A esto se le conoce como la Autopoiesis.

Los estudios de Maturana y Varela, citados por Cornejo (1997), revelan o reafirman que las organizaciones utilizan la información que llega del medio ambiente, para realizar los cambios requeridos con el ánimo de conservar los procesos y estructuras principales de la organización. Como podemos notar, los sistemas tienden a mantener su equilibrio, para conservar su estructura y no cambian en el tiempo, pero adaptándose de acuerdo a las circunstancias que el medio ambiente va presentando.

Frijof Capra (1996), también menciona, al referirse a los estudios que sobre percepción realizó Maturana, que la clausura circular del sistema nervioso, no sólo se autoorganiza, sino que realiza una auto-referencia, por tanto la percepción no puede ser vista como una representación mental de la realidad, sino como una nueva creación de mapas y procesos mentales.

Existe otro concepto interesante conocido como Clausura de Operación. Luhmann (1996, pág. 84): "Trae como consecuencia que el sistema dependa de su propia organización, hace que el sistema se vuelva altamente compatible con el desorden en el entorno, o más precisamente, con entornos ordenados fragmentariamente, en trozos pequeños, en sistemas varios, pero sin formar una unidad. Se puede decir que la evolución lleva necesariamente a la clausura de los sistemas, la cual a su vez que se instaure un tipo de orden general respecto al cual se confirma la eficacia de la clausura de operación".

Luhmann, también enuncia:

"El axioma de clausura de operación conduce a los puntos más discutidos en la actual teoría de sistemas: a) Autoorganización y b) Autopoiesis (la organización de los seres vivos propuestos, o bien la condición de existencia de los seres vivos en la continua producción de sí mismos, aportado por Maturana, los cuales deben mantenerse claramente separados". Luhmann (1996, pág. 84)

Por tanto podemos decir que la Autoorganización significa el construir estructuras propias dentro del mismo sistema.

Es así que si los sistemas están clausurados en su operación no pueden, por tanto, importar estructuras. Ellos mismos deben construirlas, es por ello que la Autoorganización deberá entenderse como la producción de sus propias estructuras, mediante sus propias operaciones.

También dentro del concepto de cambio en una organización, podemos observar en los subsistemas de la misma, la existencia de un principio de autoorganización pero de estructuras que se diluyen o desgastan, lejos del equilibrio requerido y sujeto a variaciones o fluctuaciones del medio ambiente externo e interno.

Podemos decir entonces que la autoorganización nos permite observar que el desorden, la comunicación, son elementos esenciales para permitir la transformación o el cambio requerido.

Sin esa transformación, los sistemas simplemente se cerrarían más, se clausurarían, esto es, reforzarían indefinidamente sus estructuras internas aislándose aún más, hasta morir.

Por tanto, estamos de acuerdo también con Cornejo (1997), en el sentido de que podríamos decir que el caos, el desorden, es una fuente de creatividad, es la esencia del cambio hacia niveles más complejos de sistemas en una franca evolución de adaptación continua al medio.

Con lo expuesto en líneas anteriores ya podemos darnos cuenta de que aparte de ser inevitable, el cambio es parte importante para la existencia de las organizaciones, está inmerso en ella.

Sin embargo, a pesar de que el cambio es algo permanente en nuestras vidas, en las empresas es visto como algo riesgoso que hay que evitarlo en la medida de lo posible porque genera escenarios muy inciertos que son más difíciles de controlar; el problema de esta perspectiva está en que en el actual contexto de los negocios o las organizaciones, ya que no se puede existir sin el cambio, porque ahora cada estrategia exitosa, lo será hasta que aparece otra y el lapso en que esto ocurre es cada vez menor, lo que obliga a las entidades a estar preparadas o simplemente ceder frente a la competencia.

Si hablamos de los hospitales esa competencia se refleja en la obtención de recursos, de financiamientos, y del logro de eficientar los escasos recursos con los que se cuenta por un lado, y por el otro el envejecimiento de la población.

Esto es que la tan llamada inversión de la estructura de la pirámide población o el agotamiento del bono demográfico (el tiempo que falta para llegar al cambio en la composición de la población en donde se incrementará la población que envejece y por tanto una mayor demanda de los servicios hospitalarios) y el aumento de costos para atender a esa demanda, y la escasez en general de recursos lo hacen aún más imperativo.

Aparte de esta óptica de lo que es evitar el cambio, otro obstáculo está representado por la resistencia que el factor humano tiene hacia el cambio, lo que hace la implementación o

instrumentación del mismo sea un proceso por tanto complejo y complicado para una organización, entidad o empresa. No hay que olvidar el refrán popular "...cada cabeza es un mundo...".

Lo anterior, sin menoscabo de entender que finalmente el factor humano, es la parte más importante de la organización ya que los individuos que trabajan en la entidad son la organización. Por tanto es quizá más importante observar los aprendizajes o desaprendizajes, que más adelante se verá, así como los elementos que intervienen en una implementación exitosa de un modelo de cambio y aprendizaje-desaprendizaje de individuos y grupos.

Otro aspecto importante es observar cómo existen diferentes conceptos, enfoques, corrientes de pensamiento, percepciones, de ver y estudiar este fascinante concepto del cambio.

Intentaremos resumir muy brevemente dichos enfoques:

El enfoque de Kurt Lewin o psicosociológico, citado por Minero (2006), uno de los principales autores, que estudió la dinámica de grupos y el modelo de intervención investigación-acción, y cuyas principales aportaciones en este campo son el descongelamiento-cambio-congelamiento, así como uno de los primeros que estudió los impulsores y las resistencias al cambio (Lewin, 1943).

El enfoque sistémico, jefaturados por Burns y Stalker, en donde destacan las variables sociales y técnicas de los agentes involucrados (Burns T. &, 1961).

El enfoque de Desarrollo Organizacional siendo Edgar Schein uno de los autores más mencionados, en donde se ha convertido en una serie de actividades de aprendizaje y guías para los administradores para llevar acciones planificadas en el que participen los colaboradores con el propósito de aumentar la eficiencia organizacional y un aumento en la satisfacción laboral de sus integrantes (Schein E. H., 1985).

El enfoque de la administración de la calidad, mejora continua, con un enfoque dirigido a incrementar la productividad, buscar la competitividad y el servicio al cliente, con apoyos estadísticos y con la generación de "redes" de certificadores. Así como lograr al autoaprendizaje centrado en las personas. Los principales impulsores son los ya conocidos Philip Crosby, Joseph Juran, Kaoro Ishikawa, E. Deming, entre otros.

El del aprendizaje organizacional, siendo representativos de este enfoque Chris Argyris (1994) y su teoría del doble bucle, Peter Senge (2006), o Nonaka y Takeuchi (1999).

Otros autores que destacan son los llamados por Rickards (2001), los transformistas, destacando Tom Peters y Waterman (1988), así como los citados anteriormente, Maturana y Varela (2003).

Una aportación interesante el modelo propuesto por Elizabeth Kubler-Ross (1970), en donde el proceso de cambio se da en las personas y describe los estados emocionales de las mismas ante circunstancias extremas de pérdidas, sobre todo en casos en donde la propia vida está en juego o la de algún ser querido. Este modelo se puede extrapolar a los ámbitos laborales teniendo por tanto los siguientes estados: negación, el enojo, la negociación, la depresión y por último la aceptación. Esto puede resultar muy interesante al estudiar los procesos de cambio, como veremos más adelante en lo que se refiere a resistencias al cambio.

2.2.2.1. Tipologías de Cambio

Podemos reconocer muchísimas y muy variadas tipologías y clasificaciones en los procesos de cambio. Intentaremos realizar una breve síntesis, así como desarrollaremos, las teorías expresadas por los principales autores reconocidos en el tema. Cabe mencionar que esta clasificación de los tipos o niveles en los procesos de cambio, constituyen tan sólo una sugerencia y nos dan una idea de que la variedad existente según el autor que lo describa lo percibe.

Sin embargo, nos inclinamos más por lo que otros autores proponen, aunque en nuestras conclusiones daremos finalmente nuestra posición sobre estas tipologías que son necesarias observar y que pueden ser: por su magnitud en mega y microcambios, según su alcance en incrementales o crecientes y estratégicos, según su origen (reactivos y anticipativos), según su necesidad, (imprescindibles y oportunos), o bien sea, según su velocidad (rápidos y paulatinos) y que serán mencionados a continuación:

- Magnitud.- Megacambios y microcambios

En función de su magnitud podríamos diferenciarlos en: los megacambios, los macrocambios y los microcambios (Gilbreath, 1990).

Los megacambios son desplazamientos propagados y masivos que se producen por condiciones de la economía, política y aspectos sociales que afectan a una región, país y al mundo. Afectan a una región, o zona y a muchas entidades u organizaciones. Por ejemplo los impactos organizacionales como consecuencia de un cambio de gobierno, una contingencia sanitaria, una devaluación.

Los macrocambios tienen un efecto sobre diferencias administrativas que afectan directamente a nuestra vida profesional, un cambio de este tipo podría ser una innovación en la parte tecnológica. Estos cambios afectan a una entidad en particular. Por ejemplo el establecimiento de consultar a distancia utilizando la tecnología o el expediente electrónico del paciente.

Los microcambios son modificaciones muy detalladas que son importantes para una entidad, un ejemplo claro de este tipo de cambio es cuando se sustituye algún material en un proceso productivo, en un hospital sería la utilización recomendada de utilizar un nuevo servicio o

modificaciones al servicio existente o un medicamento en el cuadro básico de medicinas que se empleen.(Gilbreath, 1990)

- Según su alcance.- Incrementales o crecientes y estratégicos

Cuando se busca que el cambio intente incrementar la efectividad organizacional, mejorando la situación actual pero sin afectar en lo general a la organización, es lo que bien podría denominarse como primer tipo de cambio, que ayuda a evolucionar. Tenemos también el denominado cambio incremental como lo plantean Haspelagh (1994), Goodsetein (1991); Greiner (1972); Levy (1986); Mezias (1993); Nadler (1990). Se trata de una transformación que es producto del crecimiento y del desarrollo y a pesar de que es significativo, se pretende alcanzar sólo por algún/os departamentos, áreas, subsistema/s, sucursales, con el propósito de conseguir y tratar de obtener mejoras parciales. Consiste por tanto en alterar algunos aspectos para que aparentemente se vean o parezcan diferentes, aunque en realidad siguen siendo iguales.

Este tipo de transformaciones tienen una visión considerando el pasado y pretenden conseguir un mejor resultado futuro.

- Estratégicos o de cambios integrales

Este tipo de transformación causa efectos a toda la entidad, tiene un alto impacto, ya que como su nombre lo indica, transforma, revoluciona a la entidad de un estado a otro completamente diferente.

Las primeras formas de la organización se modifican o transforman con la generación de nuevas prácticas de gestión que se mantienen y que serán la base para dirigir el siguiente periodo de crecimiento o desarrollo.(Greiner L. , 1972). Por tanto, la organización pasa a un estado esencialmente distinto.

Se rompen incluso marcos de referencia, se redefine la entidad, las estructuras organizacionales y/o de poder, existen o pueden alterarse factores de cultura organizacional, en los procesos, en las estrategias, incluso en las escalas de valores (Haspeslagh, 1994), (Goodstein, 1991), (Nadler, 1990).

El objetivo real de este cambio consiste en modificar, transformar, cambiar las opiniones, comportamientos y actitudes de los actores o las personas (Ghoshal, 1996), por tanto, la entidad se vuelve a inventar, se dice que se reinventa y emerge entonces una forma totalmente nueva de hacer las cosas (Marshak, 1993) que frecuentemente se utiliza para obtener una ventaja competitiva (Ruiz J. &., 1999). Concluyen que el rasgo o característica común del cambio estratégico es el que afecta a las capacidades básicas de la organización.

Una tercera óptica de ver el cambio en las organizaciones sería por el origen del mismo, tendríamos entonces:

- Por su origen en cambio reactivo y anticipativo

Si surgiera como respuesta a un fenómeno, o la alta dirección detecta la necesidad de cambiar (Nadler, 1990), y da los pasos que se requieren y que son necesarios para que la organización supere las presiones del medio ambiente externo, contexto o entorno (Appelbaum, 1998), tendríamos entonces lo que sería un cambio reactivo, esto es, que se da como resultado de una reacción, puesto que cuando las fuerzas que mueven hacia el cambio están teniendo o van a tener en breve un fuerte impacto negativo en el resultado de la organización y, en consecuencia, la están forzando a alterar su situación actual (Strebel, 1994).

La entidad por tanto reacciona y tiene que cambiar.

Cuando veamos el tema de aprendizaje y desaprendizaje de las personas y los grupos así como en nuestras conclusiones en esta parte, regresaremos a comentar la importancia de este concepto.

Lo contrario sería si por ejemplo, se desearan realizar mejoras, se anticiparan las tendencias que posiblemente logren impactar a la entidad y se desea actuar antes de que impacten a la organización, entonces tendríamos lo que se llama un cambio anticipativo o proactivo, (Appelbaum, 1998); (Nadler, 1990).

En este tipo de cambio la organización está funcionando bien y las fuerzas hacia el cambio todavía no afectan en modo alguno al resultado (Strebel, 1994).

Este concepto al igual que el anterior, serán parte importante en nuestras conclusiones al relacionarlas con los conceptos aprendizaje-desaprendizaje.

La cuarta dimensión o forma de ver el cambio organizacional sería por:

- Su necesidad, y de esta manera serían cambios oportunos e imprescindibles:

Los cambios oportunos, cuando las empresas o entidades están en la búsqueda de mejorar una situación.

Este tipo equivale, en la terminología de Levy (1986), al cambio planificado –planned change–, que es aquel originado por una decisión del sistema para mejorar deliberadamente su funcionamiento y enrolarse en un programa de cambio.

Por tanto, los cambios imprescindibles, serían aquellos cuando la alta dirección, se ha resistido al cambio pero se llega a un punto insostenible que termina por ser forzada a cambiar para

poder sobrevivir, según Appelbaum (1998) y Goodstein (1991), utilizan esta definición para referirse al concepto de “transformación”.

Pero en nuestra investigación vamos a considerarlo, exclusivamente como una perspectiva para establecer la tipología de los cambios. Según Beer & Einstat (1996), las organizaciones tienden a evitar los cambios excepto cuando es crucial para su existencia, esto es, los cambios oportunos son mucho menos comunes que los imprescindibles.

Entre los enfoques teóricos, observamos que las personas sólo entienden las transformaciones como aquellas que son imprescindibles o muy necesarias e indispensables para la organización, y poniendo resistencias a los mismos, argumentando si van a funcionar adecuadamente las acciones para llevarlo a cabo, y si son para que la entidad, pueda sobrevivir, de lo contrario evitará o entorpecerá aquello que no lo perciba como tal.

El resto de enfoques no se pronuncia hacia un tipo de cambio u otro, si bien es más habitual que se expliquen mejor los cambios imprescindibles o indispensables.

- Velocidad .- Lentos o paulatinos y de transición o rápidos

La velocidad sería la quinta dimensión o perspectiva a considerar.

Serán cambios lentos o paulatinos a aquellos que se desarrollan poco a poco, sin prisas, cuidadosamente planeados con el objeto de conseguir una mejora. Marshak (1993), les da el nombre de desarrollo del cambio, –development change– a aquellas transformaciones, que surgen del pasado y pretenden llevar lentamente a la organización a un mejor resultado futuro.

Haspelagh (1994), menciona que los cambios paulatinos permiten a la organización mayores alternativas y debate sobre los cursos de acción, de modo que el debate se puede extender a todos los niveles y así será más sencillo conseguir el compromiso de todos hacia una misma dirección.

Marshak (1993), describe los cambios rápidos o cambios de transición -transitional change-, cuando las organizaciones tienen una movilidad o movimiento más rápido para pasar de un estado o condición a otro.

La falta de una idea o visión clara, o de acuerdos entre los actores participantes sobre la necesidad de moverse o la oportunidad, a qué velocidad, en qué momento y con qué dirección son las principales dificultades con las que se encuentran estos cambios rápidos.

A menudo, los cambios rápidos son producto de un entorno que cambia también rápido, lo que convierte en más difícil y arriesgada la decisión de la dirección respecto al curso de acción a seguir (Haspelagh, 1994).

Generalmente los enfoques teóricos se pronuncian a favor o son partidarios a los cambios paulatinos y lentos que permitan y faciliten su mejor implantación o implementación.

Excepto en circunstancias apremiantes, contingentes, que requieran necesariamente una mayor velocidad, dada las situaciones que se hubieren generado y que lo requieran.

Otra autora Kinsey (1993), define como diferentes tipos de cambio el incremental o creciente, el transformativo o creciente y por último el continuo. Veamos brevemente en qué consisten.

Cambio incremental o creciente.- Donde la idea central es tener un perfeccionamiento constante, ser cada vez un poco mejor.

Para Kinsey (1993), con el cambio creciente se pueden tener ciertas ventajas, Y considera que es más sencillo que los otros tipos porque está ligado a lo que ya se tiene.

La percepción es que el ser humano ve el cambio creciente y es común escuchar de muchas personas en nuestro entorno "... no me gusta el cambio pero puedo entenderlo, se pretende que hagamos lo que siempre hemos hecho pero mejor, más rápido, con menos defectos, y más calidad...", sea lo que sea, lo cual significa que pueden emplear su comportamiento anterior como un patrón para predecir el éxito futuro, para "controlar" sus acciones y procesos.

Es un tipo de cambio bastante lógico y sencillo de manejar hasta cierto punto. El cambio creciente o incremental es maravilloso, -según Kinsey- y quizá seguirá presentándose por siempre en muchas organizaciones, pero a menudo llegarán nueva tecnología, nuevos competidores, nuevos entornos o circunstancias, o cualquier otra fuerza de cambio descrita anteriormente que lo cambiará todo y se tendrá que enfrentar gestionando ese cambio en ese entorno.

En ese momento funcionaría más o menos así: ¿teníamos éxito anteriormente? Pues ahora no sólo podrán predecir -o intentarlo al menos- el éxito a futuro a partir de ese pasado sino que verán que ese pasado será el mayor impedimento para tener éxito a futuro.

Transformativo.- Ahora bien, habría que imaginar una Organización que aparentemente esté trabajando bien y como consultores nos solicitan nuestra intervención con el propósito, en el fondo, de que se les diga a los directivos o a las personas que solicitaron el servicio que todo marcha bien o escuchar una opinión, no realmente con el propósito de cambiar o mejorar, sino de acuerdo a los intereses de quien contrata, y podemos observar en esta persona –la que nos contrata como consultor-, que envía un mensaje muy diferente, incluso incongruente entre lo que dice, piensa, siente y actúa como líder, y veremos más adelante, en el trabajo del consultor, que es más difícil de manejar, y que todo es más complejo, de lo que aparentemente se percibe.

Continuo.- Se enfrentan a un cambio creciente todo el tiempo y se llevan a cabo transformaciones además de toda la reestructuración y reorganización necesarias y con los cambios que se han descrito anteriormente, esto es una más de las razones por las cuales el personal se resiste al cambio de una manera natural muchas veces. (Ver anexo 1)

Podemos por tanto observar que de acuerdo a la circunstancia, el contexto, las distintas dimensiones, se podría o no dar cambios en una organización, y que podrían afectar incluso las estructuras, personal, tareas, procesos e incluso la tecnología (Biasca, 2001).

Y eso sin ver qué factores los impulsa o los obstaculizan -que más adelante veremos-, sino a factores que identificamos como internos y externos o del entorno que también afectan a la entidad. Veremos brevemente estos factores (Bartlett A, 2000)

- Externos, el Entorno

El entorno o ambiente externo que rodea a una entidad y los muy numerosos factores externos (tales como los económicos, tecnológicos, jurídicos, educativos, políticos, sociales, culturales, ecológicos que afectan a las organizaciones que operan en una región geográfica) y que están directamente relacionados con los megacambios mencionados anteriormente, son elementos que juegan un papel determinante a la hora de estudiar un cambio.

Estos son representados por elementos sociales, económicos, políticos, tecnológicos, educativos entre otros y que la entidad no tiene mayor poder para modificar.

Resulta frecuente que se detecta la necesidad de un cambio cuando la organización se ve afectada directamente por un factor interno, el cual es claramente identificable y hasta cierto punto medible; pero no menos importante son los factores externos aunque sus efectos no siempre son inmediatos e identificables, por lo que es muy importante que exista en la organización, personas, que estudien dichos cambios y sus efectos, para poder anticiparse a los competidores y no actuar solamente de manera reactiva.

Las condiciones de la economía globalizada moderna, la apertura de mercados, la competencia, las nuevas formas de hacer negocio, los aspectos culturales de un país, las innovaciones tecnológicas, los cambios demográficos, los hábitos y costumbres sociales, la influencia cultural de un país en otro, los cambios políticos, los constantes cambios de gobierno en las transiciones de poder, traen consigo cambios en varios aspectos, como por ejemplo: fiscales, regulativos, prohibitivos, etc. Un cambio en las disposiciones fiscales obliga de inmediato a hacer ajustes en la entidad para poder adaptarse a dichos cambios que se hacen imperantes.

De la misma manera, un cambio en la legislación, por ejemplo, en la normatividad sanitaria, hace que un hospital tenga que cambiar forzosamente algún proceso o modificar su estructura

al tratarse de un hospital público, por ejemplo, son factores externos enunciativos que no limitativos que afectan a la entidad.

Los cambios en la economía tanto a nivel nacional como mundial hacen imperante la aparición de cambios, ya que el tipo de economía capitalista en que vivimos y con la continua globalización y apertura de los mercados, las entidades que no innovan se quedan estancadas y limitan su vida, los hospitales no son la excepción ya que cada día tienen un entorno más exigente, en demanda de servicios, con una creciente escasez de recursos.

La tendencia por el enfoque en el factor humano ha hecho que muchas organizaciones –las hospitalarias incluidas- hayan tenido que reconfigurar sus valores y adaptar sus sistemas para tomar al personal como un factor tan importante como el financiero en las empresas.

- Factores internos

Los factores internos son: los recursos (elementos que son la base de la actividad), los sistemas y procedimientos (las formas como se administran los recursos con el fin de lograr resultados), las relaciones (son los intangibles que no se ven muy claramente pero que pueden afectar positiva o negativamente a toda organización), la identidad propia, (sus relaciones personales, comerciales, legales y financieras, el factor humano (personas que trabajan en el lugar que son el motor que utiliza los recursos, por medio de sistemas y procedimientos, planteando las relaciones e interrelaciones y que lograr llevar a la entidad a cumplir sus objetivos).

Por tanto la cultura organizacional, los arreglos políticos internos (y la lucha por el poder existente), también se hacen presentes, hacen imperante la gestión de los cambios en las organizaciones, así como su anticipación y su correcta implementación, porque como ya dijimos anteriormente, los cambios ocurren virtualmente en todas las entidades lo quieran o no, la diferencia radica en cómo se afrontan, impulsan y aprovechan estos cambios.

Ejemplo de lo anterior podrían ser los siguientes: cuando la estructura organizacional se vuelve sumamente ineficiente.

Sucede cuando hay duplicidad de funciones o cuando la verticalidad en la toma de decisiones es tal que propicia problemas de comunicación y de autoridad, así como cuando las funciones y responsabilidades no están bien definidas y ponen en riesgo a la entidad. Las consecuencias de las situaciones descritas en este párrafo hacen que la ineficiencia provocada haga que la organización opere en desventaja.

Lo mismo ocurre cuando los procesos o tareas que se realizan en la organización sin que produzca un resultado satisfactorio o que sea necesario para la organización.

Es común en organizaciones muy burocratizadas que se realicen tareas inútiles que solamente desvían recursos y que de esta manera afectan de manera negativa ya que se dejan de hacer procesos que son vitales o aumentan la eficiencia.

Estos factores, tanto internos como externos mencionados por Bartlett (2000), están presentes en el acontecer diario de las entidades.

Sin embargo, depende de la organización, si estos cambios se realizan por reacción, lo cual es lo más usual, o se realizan como una acción preventiva, pero esto dependerá de factores que tienen que ver tanto con las personas que dirigen dichas organizaciones como las que forman parte de su plantel laboral y los grupos que la conforman.

2.2.2.2. Problemas en los procesos de cambio

Los ejemplos de problemas antes descritos no son nuevos. Históricamente, la mayoría de las organizaciones simplemente han aceptado el problema porque no sabían cómo solucionarlo.

Muchos de los problemas generalmente complejos, tienen su origen por ejemplo en el hecho de que los empleados no comprenden exactamente qué está pasando, o si existe un proyecto de cambio no lo entienden o porque simplemente hacen caso omiso de él, por citar algunos de las situaciones que podrían presentarse en esta complejidad del mundo social de las organizaciones.

Con frecuencia, cuando el sistema de gestión de los cambios de una organización es burocrático, lento, retardado, lo que genera la necesidad de esfuerzos y medidas heroicas o fomenta comportamientos de las personas o grupos que se oponen consciente o inconscientemente al proceso que se trata de realizar, entonces los diseñadores o encargados del mismo se ven obligados a acelerar cambios que pueden ser críticos con tal de mantener los resultados y las acciones activos, vigentes con recursos que quizá deberían aplicarse a otras necesidades.

Entonces se corre el riesgo de omitir procesos o actividades necesarias y en lugar de conseguir los resultados esperados con el proceso, se pierden valiosos esfuerzos como los que podrían representar la construcción del diseño, y si se corre el riesgo de aumentar la probabilidad de que se cometan incluso más errores en el futuro o se profundicen los problemas inicialmente detectados.

Si lo que se pretende es controlar todo lo que acontece en la organización, podríamos decir que sin un proceso formal de gestión de los cambios, éstos se pierden fácilmente en el sistema, lo que obliga a los miembros del equipo a emplear tiempo valioso en realizar búsquedas en varias fuentes de datos y sistemas diferentes para encontrar y determinar el historial y el impacto de un cambio.

Un problema muy frecuente que se afronta en los cambios organizacionales es la llamada resistencia al cambio, debido a que en un proceso nuevo, se crean expectativas nuevas al personal que no siempre son positivas, las personas pueden temerle al cambio porque lo ven como una amenaza que viene a poner en peligro su propio empleo ya que inconscientemente ven al cambio como si alguien le estuviera diciendo que la razón de dicho cambio es producto de una falta de capacidad o ineptitud. (Más adelante hablaremos con más detalle al respecto, esto es la sección 2.2.2 resistencias e impulsores del cambio).

La revista Information Week citada por Beckard (1992), realizó una encuesta entre empresarios y ejecutivos en las que, éstos, debían señalar las causas de los fracasos obtenidos en procesos de cambio, revelando coincidencias en ciertos patrones específicos, teniendo los siguientes resultados, y que se mencionan a continuación:

Alcance del proyecto demasiado limitado, falta de involucramiento del personal, equipo y habilidades inadecuados, falta de un equipo interfuncional, expectativas no realistas, falta de un supervisor de nivel ejecutivo, falta de compromiso de los ejecutivos, limitaciones en los sistemas en uso y siendo de las más importantes las resistencias al cambio.

Lo que llama la atención de esta investigación, que recoge la opinión de los empresarios y ejecutivos, es que sólo las limitaciones de los sistemas en uso parecieran estar relacionadas con los aspectos técnicos, ya que la mayoría de las causas enunciadas anteriormente están relacionadas con aspectos humanos del cambio.

Así mismo para lograr cambios efectivos, no es suficiente contar con ideas y tecnologías adecuadas, independientemente que las organizaciones llegan a invertir hasta el 90% de sus recursos en proyectos para generar cambios. (Andersen, 1996)

Consideramos que realmente el reto principal que intentaremos en el presente trabajo explicar más adelante, es determinar los aspectos que impulsen los procesos de cambio en las personas y grupos, considerando la complejidad que ello representa y que podría o no darse dependiendo de muchos factores y circunstancias.

2.2.3. Conclusiones de la sección 2.1

En esta sección hemos visto como se sugiere que las personas tienen una necesidad de auto realizarse y cuyo potencial está lejos de ser de lo que se vive en ese momento en particular ya que al trabajar muchas horas y estar en contacto con otras personas recibe influencias y por tanto se ve limitado, y es en este juego diario que aparecen componentes de importancia: el individuo, la organización y el grado de competencia interpersonal, sin embargo la tecnología ha impactado las competencias personales (habilidades para poseer ideas y sentimientos propios, de poder abrirse a ideas y sentimientos de los demás y compartir los propios, de experimentar y de tomar riesgos interpersonales, de ayudar a los otros a poseer ideas propias,

de ayudar a los demás a abrirse, y de ayudarnos a experimentar) y permitido parametrizar los comportamientos de los individuos dentro de la organización e incluso las relaciones con proveedores y clientes (Argyris C. , 2000).

Por otra parte, la importancia de prestar consideración al contexto en el cual la organización se desenvuelve y, por tanto, una de las cosas que añoran los ejecutivos de las entidades para evitar las turbulencias del entorno, es la estabilidad.

Burns (1994), nos explica cómo funcionan las organizaciones mecanicistas. Y también las organizaciones de tipo orgánico pueden operar en condiciones inestables. También nos menciona que es importante evitar las patologías organizacionales en las cuales las organizaciones mecanicistas con mucha facilidad caen.

Hemos visto también cuales son las semejanzas y diferencias de los distintos tipos organizacionales y explicar por qué las personas sí cumplen con las órdenes. Proponer que el componente, estructural y el poder como un esfuerzo genuino para controlar el comportamiento de los integrantes de la organización por parte de los ejecutivos y el otro componente el motivacional que tiene que ver a sus ojos con el grado de compromiso personal que tienen los individuos, llegando a la conclusión de que en la medida en que el personal está comprometido se requieren menos mecanismos de control formal (Etzioni, 1975).

Asimismo, hemos observado cómo diversos autores se esfuerzan en aplicar los conceptos de burocracia, entre ellos Gouldner, pero encontraron dificultades en su funcionamiento. Sugieren que en la transferencia de un sistema tradicional o carismático hacia un arreglo organizacional de tipo burocrático, es muy frecuente que se encuentre -entre otras cosas-, oposición de parte de los subordinados incluso de aquellos superiores que son “expertos”.

También dan cuenta que las consecuencias negativas para la organización como resultado de la transición hacia la organización burocrática dan origen a diversas patologías.

Hemos visto como se plantean lo que motiva a los individuos a construir y crear organizaciones. Encontrando interesantes conceptos, tales como el que las organizaciones no tienen propósitos; solamente las personas los tienen.

Por tanto las personas deben realizar actividades de coordinación entre distintas actividades dentro de toda estructura organizativa. Así como la efectividad de toda organización puede ser medida por el nivel de adecuación en que las necesidades de sus miembros son satisfechas como resultado de transacciones con su contexto.

Esta teoría ha sido conocida como situacional propuesto por Lawrence y Lorsch (1976), ya que ponen especial énfasis en que no existe una única mejor manera de organizar una empresa o institución, y que uno de los factores principales a tener en cuenta es el contexto dentro del

cual opera la misma organización. También aportaron la organización matricial, aunque generalmente se ha adjudicado a Blake y Mouton (Cole, 2005).

También presentamos lo que dice Mc Gregor (1981), en cuanto a las organizaciones que funcionan sobre la base de los supuestos que tienen los gerentes respecto al comportamiento humano de su personal.

Y dependiendo el tipo de liderazgo y la percepción que tengan los ejecutivos de su personal en cuanto a las tareas que les asignan y como las van a ejecutar para obtener los resultados, así se darán los comportamientos tanto de jefes como de subordinados. Explica por ejemplo en la llamada Teoría "X" que se apega al modelo clásico de Taylor y una Teoría "Y", que maneja supuestos opuestos a la percepción tradicional establecidos en la Teoría "X".

Hemos visto los principales diez roles, aportados por Mintzberg (1994), agrupados en grandes áreas tales como la interpersonal, la informativa y la decisoria que tienen o realizan los gerentes y por la otra los arreglos organizacionales mediante cinco estructuras, la simple, la burocracia mecanicista, la burocracia profesional, la estructura divisional y resaltando la adhocracia o la denominada también organización Ad-Hoc. Es la más compleja y flexible, la autoridad se está moviendo constantemente.

El control y la coordinación se realizan por ajuste mutuo, mediante comunicaciones informales e interacción de expertos, comprometidos, se estimula el uso de mecanismos integradores (roles de enlace).

La autoridad está distribuida, en donde se encuentre el experto en el momento que se necesita para tomar una decisión.

La autoridad está basada en la competencia y no en la jerarquía, perdiéndose la separación línea-staff.

Por último se menciona que este tipo de organización tiende a ser efectiva a más que eficiente.

Por otra parte la aparición de resistencias al cambio denominadas por Lindblom como incrementalismo desunido, producto de la corta visión de sus integrantes, o la celebración de contratos entre los agentes y los dueños (Jenson, 1976), que pueden ejercer obstáculos, entre otras razones y que merecen ser observadas y analizadas, cosas que intentaremos resolver en el siguiente capítulo.

Y también podemos decir que las organizaciones al ser sistemas adaptativos (Weber, 2002), cuentan con estructuras que no impiden a las personas a interactuar libremente (Giddens, 1987), para que participen en la toma de decisiones (Tannenbaum, 1968) y (Vroom, 1974), de tal forma que puedan brindar la oportunidad de autogestionarse y autoorganizarse para generar

nuevas estructuras que les permitirán enfrentar los ataques o impactos del exterior (Maturana, 2003).

2.3. Aprendizaje y conocimiento.- Introducción

Para tratar de entender mejor dentro de la perspectiva del cambio organizacional el denominado aprendizaje organizacional u organizativo, los diversos expertos que estudian y analizan dichos conceptos establecen que es importante y necesario entender qué es el concepto de la organización que aprende y la relación que guarda con respecto al cambio en el comportamiento organizacional.

No hay que olvidar entonces, que la organización, al estar formada o integrada por personas, debe orientar sus esfuerzos para generar espacios en donde se pueda reflexionar sobre el conocimiento y el aprendizaje de las personas y de los grupos y éstos a su vez, para adaptarse a los cambios requeridos o a promoverlos.

Por otra parte, los conceptos de conocimiento e innovación, también han llamado la atención no sólo de los expertos sino también del mundo empresarial.

Muchos ejecutivos y directivos se cuestionan y cuestionan a los consultores al plantear la relación costo/beneficio frente a las rentabilidades organizacionales y adicionalmente, cómo han variado las formas de mejorar su eficiencia y sus impactos en los resultados ante un entorno mucho más dinámico y complejo, que hace algunos años, y en muchos casos los resultados negativos o insuficientes tienden entonces a presionar a la organización.

Naturalmente no es nuestra intención dar una explicación única para este tipo de circunstancias o contexto, asimismo tampoco percibimos y pensamos que únicamente existe un solo elemento que origina o es causante inicial de cambio de escenario. Intentaremos por tanto explorar de qué manera podemos ser innovadores al administrar una organización.

2.4. Aprendizaje y conocimiento

2.4.1. Aprendizaje Organizacional y conocimiento

Iniciaremos viendo lo que es el aprendizaje organizacional o la organización abierta al aprendizaje. Es un tema ampliamente tratado, estudiado, investigado y documentado, particularmente en la segunda mitad del siglo pasado, en el cual las organizaciones modernas, desarrolladas, innovadoras, comentado en los últimos años, a tomar conciencia y a emprender acciones para su implantación.

Ahora bien, veamos en principio el concepto de aprendizaje, que según el diccionario de la Real Academia Española (2001), la palabra “aprendizaje” proviene de “aprendiz” y significa la

“acción de aprender algún arte, oficio u otra cosa”, o escogemos la acepción que nos parece más acorde al presente trabajo “la adquisición por la práctica de una conducta duradera”, pues pensamos que se enfoca más hacia la persona.

Asimismo y de acuerdo al diccionario, define el conocimiento (dentro de sus múltiples acepciones) como “noción, ciencia, sabiduría”, “acción y efecto de conocer” que, a su vez, lo define como “Averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.”, “Percibir el objeto como distinto de todo lo que no es él”.

Por su parte los consultores-académicos-ejecutivos y en general los interesados en el tema no pueden dejar de consultar el magnífico compendio de la (UNESCO, 1996, pág. 34), en donde se determina que la educación a lo largo de la vida se basa en cuatro pilares:

- Aprender a conocer, al unir cultura general con conocimientos profundos en un reducido campo, a lo que habría que agregar aprender a aprender para aprovechar las experiencias educativas a lo largo de nuestras vidas.
- Aprender a hacer, cuyo propósito es adquirir una competencia personal, más que lograr una calificación profesional que capacite a las personas para enfrentar a múltiples situaciones y le permita trabajar en equipo. Pero, también, aprender a hacer dentro de un ambiente profesional, o social que ofrezca a los individuos, de una manera espontánea a causa del entorno social o que les rodea, o de una manera formal mediante la enseñanza.
- Aprender a vivir juntos, cuyo objetivo es permitir que las personas desarrollen la comprensión necesaria para convivir con otros, lograr percepciones de las formas de interdependencia existentes, y que se puedan realizar proyectos comunes o evitar conflictos con respeto a valores importantes como son la comprensión mutua, la paz y el pluralismo de las ideas.
- Aprender a ser, que permita desarrollar la propia personalidad y se esté en condiciones de actuar con una capacidad creciente de autonomía, de juicio y de responsabilidad personal. Para tal fin, no se debe despreciar en la educación ninguna de las posibilidades que debe tener cada individuo: memoria, razonamiento, aptitudes para comunicar, capacidades físicas y sentido estético.

Asimismo es necesario establecer inicialmente que hay que diferenciar entre educar, enseñar y lo que es aprendizaje como bien establece Knowles (2001). La Educación es una actividad humana iniciada por uno o más agentes con el objetivo de que se produzcan cambios en el conocimiento, las habilidades o las actividades de las personas o individuos, grupos o comunidades.

En la enseñanza, el agente de cambio es quien presenta estímulos y reforzamientos para aprender y diseña acciones y actividades para inducir al cambio. El Aprendizaje destaca o privilegia a la persona o de quien se espera que ocurra el cambio, es por tanto un proceso por

el que se adquiere un cambio de conducta o comportamiento además de la obtención del conocimiento, habilidades y/o actitudes requeridos.

Como vamos observando, el conocimiento y el aprendizaje son conceptos que las organizaciones deben de asimilar, estudiar, investigar y en su caso adoptar para ayudar a evolucionar y vivir en un mundo tan complejo como el que vivimos.

Entonces es importante observar que las organizaciones para cambiar requieren estar alertas, propensas, abiertas al aprendizaje, lo cual representa cambio de paradigma respecto a las organizaciones tradicionales.

Al percibir de una manera distinta cómo deberían funcionar las organizaciones, cómo deben ser gestionadas, cómo enfrentar los cambios.

Surge entonces el concepto “aprender a aprender”. Revans (1982), pionero del aprendizaje mediante la acción, impulsó con pasión los valores que se relacionan con dicho concepto a las organizaciones que trabajaban en el sector salud y en la industria minera, sin embargo los más reconocidos universalmente, producto de esa y muchas aportaciones brillantes, son Argyris y Schön como los padres del aprendizaje organizacional o también llamado organizativo, dan enorme importancia al error como elemento detonante a la hora de aprender.

Consideran que el aprendizaje “es al mismo tiempo un producto (lo que hemos aprendido) y un proceso (cómo aprendemos)” (Argyris C. &., 1996, pág. 3), además, comentan que puede existir un tipo particular de aprendizaje que es el desaprendizaje, para ellos “ el aprendizaje se produce bajo dos condiciones: cuando una organización o individuos obtienen o no lo que pretenden, en este último caso es cuando se identifica el error y se corrige, con lo cual el error se convierte en victoria”. (Argyris C. &., 1996, pág. 67)

Por otra parte insisten en sus trabajos en que una teoría de aprendizaje organizacional u organizativo “el juego entre las acciones e interacciones de los individuos y las acciones e interacciones de otras entidades de la organización: departamentos, divisiones o grupos de directivos”. (Argyris C. &., 1996)

Asimismo es importante recalcar que establecen que el aprendizaje organizacional es un proceso cíclico identificando los aprendizajes de bucle (ciclo, circuito) a saber:

- El aprendizaje de bucle (ciclo, circuito) simple.- La entidad captura, descubre, obtiene información de su contexto, medio ambiente o entorno, y es empleada para tomar decisiones que se adapten a las circunstancias; en este ciclo no se alcanza a generar ningún tipo de ventaja competitiva, ya que los cambios del entorno son iguales para todas las organizaciones. (Argyris C. &., 1996)
- Bucle doble.- Si trasladamos desde el nivel operativo hasta el nivel estratégico de la organización, esto es incrementando o aumentando las acciones o mecanismos de

aprendizaje de una entidad, tendríamos lo que los autores denominan como el aprendizaje de ciclo o bucle doble. Este tipo de aprendizaje es mucho más complejo y difícil de lograr, por eso muchas organizaciones se encuentran y quizá logran implementar el aprendizaje de ciclo simple o único. Para lograrlo todo el proceso su deber es cuestionar y desafiar permanentemente los asuntos estratégicos, estructurales y culturales, de tal forma que la entidad logre alcanzar los denominados procesos de aprendizaje que sean significativos y genere el conocimiento tal que sea capaz de construir ventajas competitivas que van más allá de la adaptación, hacia un estado de aprender a emprender por ejemplo. (Argyris C. &, 1996)

- Meta aprendizaje.- Por último, los autores citados establecen un tercer nivel de aprendizaje, “aprender a aprender”, o como Swieringa y Wierdsma (1992) utilizan la expresión que traducida al castellano como “Metaaprendizaje” (Meta-Learning), entendemos por tanto la capacidad autoevaluar nuestros propios procesos mentales mientras asimilamos nuevos conocimientos y seleccionamos las estrategias cognitivas más adecuadas para efficientar nuestros aprendizajes.

Bateson (1972) utiliza el concepto Deutero-Learning para referirse a dicha capacidad. Por tanto si la entidad tiene la capacidad para auto-cuestionarse su capacidad de aprendizaje, tanto para efectos del “bucle simple o doble” entonces tendríamos lo que para Argyris & Schön (1996), sería la citada capacidad: “aprender a aprender”. De este cuestionamiento se deriva, por tanto un incremento de la capacidad de aprendizaje de la organización.

Por lo tanto si una organización, empresa o entidad es capaz de desarrollar esta capacidad (aprende a aprender) en los individuos que la integran, probablemente incrementará con mucha fuerza su potencial de aprender continuamente, ya que permitirá a éste desarrollar capacidades que le permitirán al sistema social autoorganizarse, y, por tanto, a elevar su nivel de conocimiento personal y de grupo. Es por ello que podemos afirmar entonces que “aprender a aprender”, es el máximo nivel al que puede acceder una organización.

Podríamos concluir con un importante concepto enunciado por los mismos:

“El aprendizaje organizacional es una competencia que todas las organizaciones deben desarrollar; mientras mejores son las organizaciones en el aprendizaje, más probable es que sean capaces de detectar y corregir los errores y de saber cuándo son incapaces de hacerlo.

Además, mientras más eficaces son las organizaciones en el aprendizaje, más probabilidades tienen de ser innovadoras o de saber cuáles son los límites de su innovación” (Argyris C. , 1999, pág. Prefacio)

Otro gran impulsor del aprendizaje organizativo, creador de los conceptos “organizaciones que aprenden” y “organizaciones inteligentes”, Peter Senge (1992) , establece que “

“Aprender en las organizaciones significa someterse a la prueba continua de la experiencia, y transformar esa experiencia en un conocimiento que sea accesible a toda la organización y pertinente a su propósito central” (Senge P. R., 2006, pág. 51).

La obra de Senge constituye uno de los grandes referentes de la literatura sobre Aprendizaje Organizativo u Organizacional.

Cambio, aprendizaje, adaptación son conceptos utilizados para referirse al proceso por el que las organizaciones se transforman o acomodan, a las condiciones del contexto; muchas veces son empleados o utilizados como sinónimos pero, aunque se parecen no pueden ser tomados como conceptos idénticos.

El cambio en la organización es un proceso que en muchas ocasiones y de cierta manera, se lo ha impuesto el contexto, se han tenido que desarrollar herramientas, métodos y acciones para actuar y adaptarse a un entorno cambiante en búsqueda de la mejoría en general de la situación para continuar el camino, sobrevivir.

Cuando la organización logra ser inteligente, los recursos son optimizados, y es cuando la entidad puede ser considerada como un sistema vivo, con procesos complejos integrado por personas que por sí mismo son complejas, en el cual el conocimiento y la información se convierten en recursos claves que ayudan a instrumentar e implementar el cambio orientándolo hacia el aprendizaje individual, es entonces cuando podremos decir que el aprendizaje organizacional influye en el proceso del cambio en la organización.

Compartimos, asimismo con Hedberg, Fiol y Lyles, (1985) que el aprendizaje es más que adaptación. Estos autores sugieren que el aprendizaje es principalmente un proceso cognitivo mientras que la adaptación tiene que ver sobre todo con el comportamiento.

Desde nuestra óptica, la adaptación correspondería a un aprendizaje de primer nivel (aprendizaje adaptativo, o de bucle simple) y el aprendizaje generativo según McGill, Slocum y Lei (1992), se referiría también al segundo nivel o bucle doble, es decir, a un estado de conocimientos y comportamientos más profundo y significativo, en donde se van generando, captando y desarrollando nuevas ideas y datos para integrarlos e interpretarlos tanto en lo individual como en lo colectivo, de una manera adecuada y que esa información obtenida y procesada sea no sólo absorbida sino entendida en qué contexto o entorno se incorpora, para en su caso tomar las acciones pertinentes para generar a su vez nueva información reiniciándose el proceso de aprendizaje (Dixon, 1994)

Por lo tanto, podemos decir que la adaptación supone aprendizaje pero que el aprendizaje no siempre es adaptación, ya que puede implicar procesos de nivel superior (aprendizaje generativo) (Argyris C. &, 1978).

Cambio y aprendizaje se relacionan de otra forma y no son exactamente lo mismo: puede haber cambio y producirse o no aprendizaje y también puede haber aprendizaje y producirse o no cambio.

Fiol y Lyles (1985), también intentan explicar el aprendizaje organizacional como un proceso que utiliza el entendimiento y el conocimiento cuyo fin es lograr el mejoramiento de las acciones.

Podemos decir por tanto que pese a similitudes, estos conceptos no son conceptos idénticos:

Las personas y por tanto las personas que forman e integran una organización pueden aprender mediante un proceso de adaptación o cambio significativo. Toda adaptación implica supuestamente un aprendizaje, pero éste puede y debe ser un concepto más significativo o de alto impacto que una adaptación. Asimismo todo aprendizaje supone un cambio, no todo cambio implica necesariamente un aprendizaje.

Una aportación interesante que realizan estos autores también es en cuanto al establecimiento de la existencia de las siguientes áreas de debate alrededor del concepto: en primer lugar, la importancia de la concordancia ambiental, esto es, en cuanto a que debe de existir cierta correspondencia, armonía, concordancia entre la organización, entendida ésta, como el agrupamiento de las personas compartiendo la misma visión y objetivos que la alta dirección, y en armonía con su medio ambiente para poder sobrevivir y poderse desarrollar con cierta homogeneidad y sintonía grupal, en el pensamiento y en el actuar.

En segundo lugar la distinción entre el aprendizaje individual (autoaprendizaje) y el organizacional (la estructura social armonizada, el grupo de personas que colaboran) y es que la capacidad de aprender como un todo dependerá finalmente de la capacidad de aprendizaje de las personas que trabajan en la entidad, por tanto la formación y desarrollo de las personas son un elemento fundamental, es un factor clave en lo que se refiere al aprendizaje organizacional.

Sin embargo hay que recordar que Argyris y Schön (1996), insisten en que puede haber aprendizaje individual más no aprendizaje organizacional, ya que no es garantía de que ello ocurra puesto que este último no es la sumatoria de los aprendizajes individuales.

Estos autores establecen que las organizaciones que desarrollan el aprendizaje organizacional, arrancan con procesos simples que rompen con las rutinas, no cuestionan ni las interrelaciones con el contexto o entorno, ni a sus procesos o valores, ni a su estructura organizacional.

Posteriormente a esas anti-rutinas establecen lo que sería un segundo nivel en el que se busca la reestructuración de la entidad pero partiendo de los aprendizajes individuales y que ha cuestionado que tan razonables, se diría lo que hay detrás de las acciones.

Por último Fiol y Lyles (1985), establecen cuatro factores que como veremos más adelante son fuertes impulsores del aprendizaje organizacional esto es:

- La cultura organizacional: ideologías internas, patrones de comportamiento, en donde debe privilegiarse el diálogo como eje articulador del aprendizaje organizacional y del cambio, ya que según Schein (1993), los problemas organizacionales radican en fallas de la comunicación y los malos entendidos impiden hallar soluciones comunes a los problemas planteados.
- La estrategia: al apropiarse y en su caso adaptarla a la organización, pueden generar resistencias en la entidad, pero al superarlas ayudan o contribuyen al aprendizaje de los individuos y del colectivo en su conjunto (organizacional), así como la formulación e implantación de estrategias impulsan la generación del conocimiento.
- La estructura: consideran que es un producto del aprendizaje y generalmente puede ser considerada como una condición para su desarrollo dentro de la entidad, ya que ejerce cierto grado de influencia sobre la capacidad organizacional de aprender. La flexibilidad es clave. Sin embargo no hay que olvidar que la estructura que hemos comentado que la estructura depende de la acción y libertad de los individuos (ver lo explicado por Giddens, 1987).
- El ambiente: si es muy complejo o muy turbulento o muy sencillo dificultaría los procesos de aprendizaje, ya que por el sentido de la urgencia por un lado o de la somnolencia y lentitud organizacional por el otro.

Asimismo es importante destacar la contribución de Swieringa y Wierdsma (1992). Resulta muy interesante observar que al clarificar varios conceptos que se relacionan con el Aprendizaje Organizacional el cual lo definen como:

“...nos referimos al cambio de comportamiento organizacional; este último es un proceso de aprendizaje colectivo. Un proceso de aprendizaje tiene lugar cuando interactúan varias personas y a través de éstas entre varias de ellas. Como es obvio, una organización sólo puede aprender porque sus miembros lo hacen; si no hay un aprendizaje individual no puede haber uno organizacional. Por otra parte, una Organización no aprende de manera automática cuando los individuos que están dentro de ella aprenden algo. El aprendizaje individual es una condición necesaria pero no suficiente para el organizacional...” (Swieringa J. &., 1995, pág. 37).

Por tanto lo identifican con el cambio del comportamiento organizacional y mencionan

“El cambio organizacional aparece en escena cuando colectivamente se empiezan a hacer las cosas de distinta manera. En suma, el aprendizaje colectivo es de hecho equivalente al cambio organizacional. Al cambiar la conducta de una organización, en el sentido institucional, ésta también cambia en el sentido instrumental” (Swieringa J. &., 1995, pág. 39).

Al respecto es importante comentar lo dicho por estos autores anteriormente, ya que coincidimos con Larrasquet (2009), en el sentido de que dependiendo del aprendizaje individual que se trate o se persiga, será o no un aprendizaje que impacte a la organización.

Por ejemplo el individuo realiza un aprendizaje al interactuar con los demás en el centro de trabajo, por tanto el aprendizaje organizacional no es otra cosa, que el hecho de que los individuos aprenden modalidades positivas de interacción, colaboración y cooperación, y en la medida que este concepto se fortalezca en el centro del trabajo, y estimulado, motivando y reforzando este proceso en las personas se contará con mayores impactos en el quehacer del aprender.

Esto es importante porque permite ver con otra óptica y por tanto comprender que el cambio organizacional es observado en organizaciones burocráticas-clásicas.

En éste tipo de organizaciones los procesos de cambio se ajustan, se adaptan a un modelo que se planifica, que se planea, que se piensa previamente, generándose una separación en la aprehensión de las fases, esto es, entre la fase de diseño y planificación del proceso de cambio y la fase de implantación del mismo.

En este modelo todo proceso de cambio se divide en dos secciones: en la primera fase o sección, el cambio es programado (etapa de pensamiento) y en una segunda fase la de la implementación (la fase de la acción), que es donde se produce un cambio de conducta organizacional que se ve acompañada de un proceso desaprendizaje-aprendizaje (desaprendizaje de las antiguas formas de conducta al aprendizaje de nuevas formas de comportamiento). El aprendizaje por tanto será una derivación del cambio. A este modelo lo denominan los autores "modelo turista" (Swieringa J. &, 1995).

Cabe observar que estos autores aparentemente parten del supuesto que los diseñadores del proceso lo saben todo de antemano.

Ahora bien según Swieringa y Wierdsma (1995), las denominadas Organizaciones que Aprenden, esto es entidades que tienen capacidad de aprender, el cambio se desarrolla de una manera distinta. A este modelo se le llama "viajero" (Swieringa J. &, 1995).

En este modelo no existe una delimitación entre la fase de diseño y la fase de implantación, sino que ambas fases están integradas, lo que significa que pensamiento y la acción están al mismo tiempo, integrados.

La organización actúa para llegar a las metas, no se fijan previamente, quizá incluso sin conocer con precisión cuál es el punto de destino o meta final.

Se va aprendiendo sobre la marcha diríamos, y por tanto se van modificando las metas también sobre la construcción del camino, y a su vez el comportamiento, al ir actuando y según se vaya aprendiendo.

Por tanto al cambiar su comportamiento, la Organización –las personas- aprende y a su vez el aprendizaje impulsa la realización de nuevos comportamientos, desarrollando un círculo en espiral virtuoso o un bucle de aprendizaje.

Dentro de la riqueza de este modelo, los autores también realizan sus comentarios en cuanto a las Organizaciones que Aprenden definiéndolas como

“...las organizaciones que aprenden no sólo son capaces de aprender, sino también de aprender a aprender. En otras palabras, no sólo pueden hacerse competentes, sino también mantenerse así... Las organizaciones que aprenden han dominado, por una parte, el arte de adaptarse de manera rápida y, por la otra, el de preservar su propia dirección e identidad. Eso es lo que entendemos por desarrollo. Esta palabra significa adaptarse sin perder la identidad; reacción tanto como proacción; dejarse influir por el medio así como ejercer una influencia sobre él. El desarrollo es el concepto clave para la organización que aprende” (Swieringa J. &., 1995, págs. 77-78).

Por lo tanto, si las Organizaciones tienen un alto potencial de aprendizaje y son capaces de impulsar su desarrollo, su evolución, y de ser proactivas, podemos entonces decir que son Organizaciones que Aprenden.

Esta capacidad está vinculada a su capacidad de "aprender a aprender", o lo que es lo mismo, la capacidad para incrementar su propia capacidad de aprendizaje.

Éste es, sin duda, el máximo nivel de aprendizaje al que puede aspirar una organización, producto del autoaprendizaje de los integrantes que dan vida a la misma.

Una cosa importante antes de concluir con estos autores es que comentan, que son muy pocas las entidades que alcanzan dicha capacidad (aprender a aprender). La inmensa mayoría de las entidades que aprenden son las pequeñas y recién establecidas organizaciones, porque iniciaron sus operaciones como tales o porque surgieron de organizaciones emprendedoras.

Comentan que es verdaderamente difícil encontrar Organizaciones burocráticas que hayan conseguido “evolucionar” a Organizaciones que aprenden con buenos aprendizajes, ya que siempre existen aprendizajes aunque sean malas rutinas, prácticas, formas o tipos de aprendizaje.

Por eso es importante para sobrevivir y competir en esta era de escasez de recursos, que las entidades desarrollen esta capacidad, ya que es una auténtica necesidad y no una moda más.

Una razón de peso importante son los cambios vertiginosos que la nueva economía, así como las exigencias del mercado mundial establecen elevar los estándares de eficiencia a los menores costos posibles entre otras razones.

El reto realmente es la urgencia por aprender y de una manera más rápida, basta citar por último a Swieringa y Wierdsma (1995): "...el ritmo se ha convertido en un criterio determinante del éxito. El tiempo se ha vuelto un recurso-producto más escaso" (Swieringa J. &, 1995, pág. 160).

Sin embargo es importante señalar que en realidad siempre se aprende o desaprende realmente, al aprender o desaprender, malas, rutinas o prácticas.

Por tanto si en todas las organizaciones se aprende y desaprende, la concientización, tanto individual como colectiva, las actitudes, así como la incertidumbre y complejidad, impactan los comportamientos de las personas, pero finalmente es posible contar con esa capacidad e intención del querer hacer o no hacer, que los individuos intrínsecamente conllevan, y por tanto lograrán, en mayor o menor medida, esos aprendizajes o desaprendizajes.

Ahora bien, ¿cuáles son las principales características de las organizaciones que aprenden a aprender? Aramburu (2000), propone y enuncia las principales características de una Organización en Red que facilitaría los aprendizajes:

- Relaciones interpersonales de carácter informal, basadas en la confianza y el involucramiento de las personas que intervienen en los proyectos,
- Las relaciones no están jerarquizadas, las personas se relacionan entre sí y lateralmente y no únicamente por medio de la verticalidad de la jerarquía, las unidades y/o secciones o departamentos están interconectados, se evita el ejercicio de dominio o poder de un grupo o célula sobre otro.
- Existe un proceso de autorregulación y autoorganización, que evita el caos, la relación no es por jerarquía sino por interés recíproco y colaboración donde todos ganan.
- Una organización en red presenta un carácter evolutivo y abierto, esto es, se crean o eliminan unidades conforme se vayan determinando las necesidades, las reglas del juego evolucionan basadas en la acumulación de conocimientos y experiencias compartidas.
- Múltiples canales de comunicación para evitar la incomunicación y la lentitud.
- La existencia de coordinación no establecida por la vía jerárquica o por la estandarización de los procesos sino como producto de la comunicación entre las unidades, o tener un proyecto común donde se definen las responsabilidades y compromisos adquiridos, o porque se considere necesario la existencia de una unidad central de dirección.

La mayoría de los modelos organizativos que encontramos en la revisión bibliográfica efectuada, proponen estructuras interesantes, baste decir que aquellos que deseen profundizar

en este tipo de estructuras, sugerimos que acudan a Mintzberg (1994), (ya hemos hablado de la Adhocracia), Handy (1992), (organización en Trébol, Triple I –inteligencia-información e ideas- y Federal), Nonaka y Takeuchi (1999) (la organización hipertexto).

Los autores antes citados, señalan que actualmente las organizaciones orientadas a la innovación, producto del aprendizaje y evolución logrados, son las que consiguen y obtienen mayores ventajas para poder sobrevivir y adaptarse a los cambios que el mundo actual exige, ya que la flexibilidad, la simplicidad, la integración y desde luego el conocimiento, permiten lograrlo.

Así mismo al referirse a las organizaciones flexibles, destacan dos elementos diferenciadores: por un lado el conjunto en cuyo centro se agrupan procesos y actividades que generan algún tipo de valor y por otro lado el que agrupa actividades relacionadas a la contratación de servicios ajenos a la organización.

Nonaka, I y Takeuchi, H (1999), por su parte consideran que el conocimiento es creado sólo por los individuos, pero la organización actúa como amplificadora del conocimiento.

El entorno o contexto en que se tiene lugar esta conversión de aprendizaje individual en organizativo es según ellos en el nivel grupal y de equipo.

Para ellos existen dos tipos de conocimiento el “conocimiento tácito” (subjetivo), basado más en la experiencia, los sentidos, las vivencias del aquí y ahora, y está generalmente muy asociado a las competencias, y a la socialización (intercambio de las experiencias entre las personas), este modelo es más común de observar en el Oriente; y el “conocimiento explícito” (objetivo), basado más en lo racional, en la causa-efecto, en las vivencias del allá y más enfocado a la teoría que a la práctica, ya el conocimiento es generado mediante procesos de exteriorización (proceso mediante el cual el conocimiento tácito se convierte en explícito, utilizando analogías, metáforas, conceptos y empleando el lenguaje y el diálogo) y combinación (transformación del conocimiento explícito en explícito, utilizando documentos, redes de comunicación, base de datos etc.), este modelo es más común en Occidente.

Estos conocimientos son complementarios ya que generalmente sabemos más de lo que podemos explicar y expresar.

Por tanto precisan que el “conocimiento organizacional” se crea a partir de la espiral de conocimiento, en donde se va de un lugar a otro.

Esto es, de lo subjetivo (conocimiento tácito es aquel conocimiento que es captado por nuestros sentidos, como por ejemplo las imágenes captadas por nuestros ojos, así como el captado en representaciones invisibles, inmateriales pero que son esenciales y universales o conceptuales o bien de una manera intuitiva, holística, cuando se es percibida en el momento de la intuición, esto es, captar un objeto dentro de un amplio contexto sin límites, ni estructuras

definidos con claridad) al objetivo (conocimiento explícito) y viceversa, y del individuo (internalización y su externalización) al grupo y del grupo (socialización y externalización) al individuo, combinándolos. Generando una combinación que veremos más adelante con unos ejemplos.

Entendemos por tanto que se genera un aprendizaje para atrapar, aprehender y divulgar, un conocimiento.

Por un lado tenemos que al socializar, combinar y retroalimentar, dentro de una interacción entre las personas, se genera un nuevo conocimiento.

Por el otro lado, tenemos que este conocimiento generado, una vez procesado, se transforma en acciones en procesos o tareas y por ultimo al difundirlo y divulgarlo este proceso de aprendizaje, producirá mayores conocimientos en las personas y grupos.

Además este conocimiento puede ser individual o colectivo mediante una construcción de una red (conexiones necesarias entre los individuos y grupos que trabajan en la entidad) de conocimiento que permitirá difundir, socializar e integrar el conocimiento logrado de los individuos y de los grupos.

Para intentar entender mejor lo descrito en los párrafos anteriores veamos los siguientes ejemplos:

Cuando se induce en el hospital a un personal nuevo de mantenimiento para el cuidado y limpieza del quirófano, esta persona observa a su supervisor, lo imita en sus acciones, tareas, prácticas y experiencias. Por tanto se está compartiendo experiencias entre las personas (socialización). Sería un modo de conversión de conocimiento tácito a tácito.

Otro ejemplo sería la impartición de un curso, taller, diplomado en donde se comparten experiencias entre los participantes.

Si por ejemplo el conocimiento subjetivo (tácito puede ser representado mediante metáforas, y pueden convertirse en conceptos explícitos (externalización). Sería una conversión de conocimiento tácito a explícito.

Un ejemplo de lo anterior en un hospital, sería que los conocimientos que se tengan sobre calidad, o sobre aprendizaje por una persona, y ésta, lo pudiera compartir con otras personas con el objetivo de generar una opinión o acción al respecto.

Una transferencia de conocimientos de lo explícito a lo explícito, sería el proceso de sistematizar un conocimiento (combinación). Por ejemplo el intercambio de correos y/o archivos electrónicos, documentos e informes.

En el hospital sería por ejemplo la consulta a la base de datos, o el envío de información entre las personas o departamentos o secciones.

Por último cuando se transforma el conocimiento explícito en conocimiento tácito (de lo objetivo a lo subjetivo) mediante el aprender haciendo (internalización) de tareas o prácticas.

Por ejemplo si se toma un curso determinado y se “atrapa” por el individuo o grupo que al tener una situación enfrente aplica la información procesada en cada individuo o grupo y toma una acción diferente –quizá más eficiente- que si no hubiera tenido la información, y no la hubiera internalizado y socializado en su momento. Por ejemplo tomar un curso y aplicar lo visto en la atención a la mejor atención de los usuarios en un hospital.

Es por ello que los autores mencionan

“...la creación del conocimiento organizativo debe ser entendida como un proceso que amplifica organizativamente el conocimiento creado por los individuos y lo solidifica como parte de la red de conocimiento de la organización. Este proceso se lleva a cabo en el interior de una creciente comunidad de interacción, la cual atraviesa niveles y fronteras intra e interorganizacionales” (Nonaka I. &., 1995, pág. 65).

Sin embargo el concepto es difícil de explicar y definir, tanto como el diferenciar claramente los conceptos de aprendizaje organizativo y las organizaciones que aprenden ya que existen problemas de conceptualización y los expertos no han llegado a un consenso.

Muchos autores han estudiado y debatido que el denominado aprendizaje organizacional u organizativo, y que no el aprendizaje de las personas dentro de la organización o entidad, está por encima del aprendizaje de grupos o individuos específicos, como menciona Aramburu (2000). Otros autores mencionan que el aprendizaje colectivo es sólo una ilusión o una metáfora y señalan que son las personas las que aprenden Dodgson (1989). Sin embargo, desde finales del último cuarto del siglo pasado, muchos autores han considerado el aprendizaje organizativo u organizacional independiente, acercándose a metáforas o semejanzas organizacionales con los sistemas biológicos, independientemente del aprendizaje individual o de grupo.

En nuestro caso partimos del aprendizaje individual y su construcción con los grupos existentes dentro de la organización.

Considerando que es un proceso que inicia con la persona, ya que en la medida que la misma, atrape, capture el conocimiento, lo internalice, para posteriormente socializarlo, compartirlo y tomar nueva información y conocimiento que le permitirá generar nuevos conocimientos.

Si a lo anterior, se agrega que sea una tarea comprometida y compartida grupalmente, entonces tendremos una organización que está en posibilidad de aprender a aprender.

Finalmente Nonaka y Takeuchi (1999), establecen que en las organizaciones japonesas, que se enfocan a la innovación y al cambio, el conocimiento no es transmitido de una manera formal y explícita, preferentemente con capacitación e instrucción como en occidente, sino que se basan más en la experiencia de las personas, sus emociones, valores, y donde el conocimiento se da más en el hacer las cosas y observarlas.

Ahora bien entre muchos autores que se ubican en el dilema de la doble perspectiva (cambio versus conocimiento), algunos como Nonaka asumen un enfoque proactivo, que aunque se interesa particularmente en la problemática relacionado con el conocimiento organizacional, cabe decir que el mismo menciona que las organizaciones que aprenden, no sólo tienen capacidad de crear conocimiento sino que también generan una capacidad de cambio, al comentar "...una organización que evoluciona continuamente es una organización que aprende..." y también comenta una organización que aprende "transforma el flujo de información en un stock de conocimiento", (Nonaka I. , 1988, pág. 70) entendiendo el concepto como una base o acumulación de conocimientos de los individuos o grupos que fluyen e interactúan, socializan y, al mismo tiempo, comunica a otros departamentos y estimula la autoorganización sistemática de la información Nonaka (1988).

Con lo cual podemos deducir y reconocer que el conocimiento es un recurso clave y la capacidad de "producirse a sí misma", y la propiedad de autoorganizadora, al impulsar su propia transformación (enfoque proactivo del cambio).

Por lo tanto, de acuerdo a la visión de estos autores la capacidad de generar conocimiento y de transformación que caracterizan a una organización que aprende están vinculadas a su condición de sistema complejo y, por consiguiente, caótico, Nonaka y Takeuchi (1999), encontraron las implicaciones que tiene ésta para la empresa:

Se origina una óptica, visión, percepción diferente de la entidad no únicamente como un organismo que contiene procesos de información, sino también como una entidad que abarca símbolos, imágenes, ideales y emociones.

También comentan que se evoluciona hacia la innovación como una forma distinta de pensamiento y reflexión a nivel personal y organizacional, cuando se identifica y se conceptualiza de esta manera, es cuando aparece realmente la posibilidad de aprender a aprender y generar ideas con conexiones relacionadas con la misión y el compromiso organizacional.

Asimismo definen el aprendizaje organizacional como "el proceso mediante el cual, organizadamente, se amplifica el conocimiento creado por los individuos y se cristaliza como parte del sistema de conocimientos de la organización" (Nonaka I. y., 1996, pág. 834).

Por otra parte Choo, Chun Wei (1988) define la organización inteligente como aquella que es capaz de integrar eficazmente la percepción, la creación conocimiento y la toma decisiones.

El aprendizaje organizacional es una cuestión de actitud de sus integrantes, no es una técnica Stacey (1994), ya que es una disposición para analizar críticamente las acciones realizadas y darles un sentido.

Aprender a aprender, esto es, identificar, desarrollar y utilizar y aprovechar el potencial y las experiencias de los integrantes de las organizaciones que permitirán buscar y descubrir vías o caminos, y así poder entender mejor y más rápidamente las demandas del entorno para responder a ellas con la velocidad requerida, evitar la formación improductiva y las frustraciones a las que inevitablemente llevan los enfoques tradicionalistas y asumir la responsabilidad junto con el autoperfeccionamiento y el autodesarrollo.

Podemos decir por tanto que pese a similitudes, aprendizaje, adaptación y cambio, no son conceptos idénticos. Las personas y por tanto las organizaciones pueden aprender mediante un proceso de adaptación o cambio más o menos significativo. Toda adaptación implica un aprendizaje y cambio, pero éste puede y debe ser un concepto más significativo o de alto impacto que una adaptación. Asimismo todo aprendizaje supone un cambio, no todo cambio implica necesariamente un aprendizaje.

Sin embargo, desde finales del último cuarto del siglo pasado, muchos autores han considerado el aprendizaje organizativo u organizacional independiente, acercándose a metáforas o semejanzas organizacionales con los sistemas biológicos, independientemente del aprendizaje individual o de grupo.

Podemos decir que estamos en desacuerdo lo que para algunos opinan que las organizaciones burocráticas privilegian el sentido de que el fin justifica los medios con tal de lograr eficiencias, aunque se hagan a un lado las necesidades humanas, lo cual en realidad pensamos, finalmente dificultan los aprendizajes necesarios para poder lograr los cambios requeridos, sobre todo si la alta dirección y el personal están distanciados por esa formalización y tradicionalismos excesivos.

Las nuevas maneras de organizarse, como las organizaciones en red por ejemplo, vienen a contribuir a la posibilidad de impulsar el aprendizaje organizacional y lograr o permitir los cambios requeridos.

También agregaríamos que otro elemento a incorporar, la sinergia, al entender que trabajar en equipo y socializar con los grupos, dar y recibir retroalimentación, generará más conocimiento y se habrá encontrado una forma para aprender a aprender en las organizaciones más efectiva, ayudando incluso a desaprender comportamientos no deseados.

2.4.2. ¿Cuáles son las barreras e impulsores al aprendizaje y a los procesos de cambio?

Ahora bien, el siguiente punto para analizar y en su caso observar, serán tanto los impulsores, estimuladores, promotores así como los obstáculos, limitantes, barreras, resistencias que favorecen o no los aprendizajes y los procesos de cambio.

Veamos primero qué nos dicen los expertos en aprendizaje organizacional al respecto, las cuatro barreras al aprendizaje aportadas por Argyris, (1993):

- La “Incompetencia competente” (Skilled incompetence): se refiere a aquellos casos en los que el accionar de las personas o individuos produce un efecto o resultado contrario a lo esperado, motivados en su actuar por utilizar las “teorías que están a la moda”.

Por ello muchas veces se cometen errores o incongruencias que son inconscientes, ya que quienes aplican esas “teorías” no cuestionan, y por tanto son incapaces de descubrir que muchas veces al aplicarlas se va en sentido contrario o en forma equivocada.

- El “Autoengaño” (fancy footwork): La mejor manera de describir esta barrera es “los demás tienen la culpa, yo no la tengo”. De esta forma al no aceptar sus propias responsabilidades en sus propias acciones, evita mejoras y entorpece los aprendizajes.

- El “Malestar organizativo” (organizational malaise): es el típico caso del autoengaño pero extendido a toda la entidad.

Cuando muchas personas de la organización se niegan a aceptar las incongruencias y los errores, se crea un clima de malestar generalizado, por ello las personas no se sienten bien, se sienten incapaces de hacer algo por cambiar las circunstancias. Argyris menciona que emergen ciertos síntomas de este “malestar organizativo”:

- 1) No se aceptan las responsabilidades individuales de corregir los errores y por tanto se vive criticando a la entidad;

- 2) Se actúa como si se aceptaran los valores que se saben y perciben como irrealizables por acentuar lo negativo, minimizando lo positivo;

- 3) Se minimiza lo positivo, se acentúa lo negativo que acontece en la entidad.

- Las “Rutinas defensivas” (defensive routines): comenta: “son acciones o prácticas que impiden a los individuos o partes de la organización experimentar miedo o confusión” (Argyris C. , 1993, pág. 27)

Cuando las personas sienten o perciben estar en situaciones amenazadoras o perjudiciales, éstos adoptan acciones tales que tratan de ignorar o evitar los errores cometidos o los

impactos o consecuencias que han sido negativos como producto de su actuar y se comportan como si nada hubiera ocurrido.

En general podría decirse entonces, que al no ser capaces de admitir sus errores y reorientar su actuar para corregirlos, -lo cual dificulta el procesos de aprendizaje individual y de la entidad-, los individuos son incapaces de aprender.

Asimismo Argyris (1999), cita a Van de Ven y Polley con una barrera adicional

- “Endulzar la verdad”: que consiste en que los responsables de los procesos, al desconocer realmente la realidad y por tanto dejarse guiar por percepciones erróneas, con el fin de evitar y enfrentar posiciones que obstaculizan el proceso en curso, genera que la toma de decisiones sea más por impresiones que por diagnósticos técnicos de la que sucede realmente, y por tanto no se propicia o se limitan los aprendizajes.

También Argyris (1999), cita a March y Leavitt con dos barreras adicionales que entorpecerían el aprendizaje organizacional:

- El “Aprendizaje supersticioso” (superstitious learning): un poco parecida a la ya citada por Argyris (Incompetencia competente), y consiste en que sin tener prueba alguna que evidencie el éxito o incluso con pruebas que demuestran el fracaso se adoptan acciones, rutinas o formas de hacer que aparentemente guiarán al éxito, esta creencia y forma de pensar y actuar impide la revisión de acciones y rutinas que impiden lograr aprendizajes.

- Las “Trampas de competencia” (competency traps): se refiere a que en muchas ocasiones los individuos se muestran contrarios a abandonar o dejar rutinas que dominan producto de su propia experiencia y alto grado de competencias lo cual en conjunto impiden al individuo “ver” o percibir con otros anteojos nuevas rutinas o formas de hacer las cosas.

Otro experto ampliamente reconocido Senge (1992) plantea siete barreras o condiciones que constituyen obstáculos para que una organización aprenda; éstas son:

“Yo soy mi puesto”: se produce cuando por una falta de visión integral, el intercambio que es necesario, básico entre las personas que colaboran en una organización no ocurre, se produce entonces un accionar típico que impide o dificulta el aprendizaje, cuando el personal solo se preocupa por sus propias tareas inherentes a su puesto y no sienten ninguna responsabilidad por el efecto de su actividad en otras partes de la entidad.

- “El mito del equipo administrativo”: un accionar muy frecuente en las organizaciones es la falsa creencia y falsa percepción de que el equipo directivo son personas capacitadas para resolver todos o determinados problemas. La humildad es muchas veces la mejor herramienta inteligente y que también es constructiva y que los directivos puedan tener para afrontar este tipo de situaciones.

- “El enemigo externo”: similar al autoengaño de Argyris, al referirse a la costumbre de una práctica generalizada que es la de no reconocer los propios errores y de echar la culpa a los demás, al tener esta costumbre y actitud se impide primero el corregir los propios errores, así mismo se evita reflexionar porque se cometieron y por tanto revisar los fundamentos o principios de sus propias acciones, pero en su conjunto esta actitud impide el aprendizaje.
- “La parábola de la rana hervida”: podríamos quizá llamarle mejor “ceguera organizacional” ya que consiste en percibir solamente los cambios bruscos y rápidos, logrando incluso adaptarse, pero no se tiene la capacidad de ver los cambios graduales, lentos, paulatinos que se van dando en el contexto, resultando de esta forma que al percatarse de éstos, ya no tienen tiempo de adaptarse, es demasiado tarde.

En este mismo sentido argumenta Gary Hamel, “La mayoría de las personas en una industria están ciegas de la misma manera, es decir, que todas están prestando atención a las mismas cosas y desatendiendo las mismas cosas” (Hamel, 2000, pág. 172)

- “La ilusión de hacerse cargo”: si se piensa que responder agresivamente a los problemas es sinónimo de tomar o desarrollar actividades que son creativas y audaces para generar mejoras, esto es ser proactivo, haciéndose cargo de los mismos y afrontarlos con responsabilidad entonces tendremos este tipo de ilusión, ya que la agresividad en realidad es una reacción negativa disfrazada y conduce por tanto a bloquear los aprendizajes necesarios para resolver problemas.
- “La fijación en los hechos”: es una manera de accionar que induce a la entidad a únicamente generar aprendizajes adaptativos y no generativos, ya que condena a la entidad a generar actividades reactivas más que adoptar actividades proactivas al tener la miopía de no darle atención a los problemas profundos, de largo plazo que generan problemas a futuro, y sólo dedicarse a resolver problemas de corto plazo, atendiendo a lo inmediato a lo visible únicamente.
- “La ilusión de que se aprende con la experiencia”: la creencia en muchas organizaciones o individuos es que la experiencia es la mejor fuente de aprendizaje, que se aprende mejor de la misma, cuando en realidad muchas veces es el principal obstáculo para aprender ya que impide entender que no siempre es posible experimentar directamente las consecuencias de determinadas acciones o decisiones importantes, ya muchas de ellas tienen impactos a largo plazo, y por tanto se limita la capacidad de aprendizaje real de la entidad.

Otros autores que aportan barreras serían los siguientes:

Barreras del aprendizaje identificadas por Probst y Büchel (1995): Estos dos autores identificaron las mismas barreras planteadas por Argyris y añadieron a éstas dos barreras adicionales:

- Los “Privilegios y tabúes” que consisten en esencia en que los privilegios que poseen ciertos miembros de la organización pueden constituir factores de bloqueo al aprendizaje al temer perderlos.

- La “Patología de la información” que mencionan que los bloqueos al aprendizaje son consecuencia de la incapacidad para el tratamiento de la información, ya que al tratar de una manera deficiente la información puede conducir a la toma de decisiones equivocadas, o bien, a la adopción de comportamientos inapropiados, por el hecho de no contar con una base de conocimiento suficiente o correcto de la realidad.

Watkins y Marsick (1993), por su parte plantean las siguientes:

- La “Incapacidad aprendida” caracterizado por la desmotivación, falta de interés, pasividad total de las personas ante la oportunidad de aprender, generalmente como consecuencia de haber aprendido a no ser aceptadas sus iniciativas, a ser tomadas en cuenta, y en algunas ocasiones hasta reforzados en dicho comportamiento por no asumir esas responsabilidades.

- La “Visión de túnel” en donde las personas tienen la incapacidad de no ser conscientes de la complejidad de la situación en su totalidad, o bien la incapacidad para verse a sí mismo pero son conscientes de su propia perspectiva y responsabilidad. (Visión parcial).

- El “Aprendizaje truncado” cuando el proceso de aprendizaje es interrumpido o es implantando parcialmente. Esto ocurre en aquellas organizaciones que no han asumido realmente la responsabilidad y compromiso de aprender y sólo realizan un maquillaje orientando todas las acciones a pequeños cambios pero sin realizar una reflexión profunda que oriente a un cambio profundo en las personas.

Finalmente llama la atención —entre otras que cita- Geranmayeh (1992), con la siguiente barrera que puede dificultar el aprendizaje:

- “Matar al mensajero” (shooting the messenger): consiste en castigar al portador de una mala noticia. Ésta es la mejor vía para evitar que las personas de una entidad manifiesten los fracasos y errores.³

Por último no queremos dejar de mencionar que estamos de acuerdo, en cuanto a las resistencias que en las fases de formulación e implantación de proyectos de cambio, pueden darse según las propuestas que realizan (Rumelt, 1995), citado y complementado por Pardo (2003) al mencionar “relaciona la teoría de la evolución con la ecología de las organizaciones y

³ En el anexo 2 presentamos una síntesis gráfica de las principales barreras al aprendizaje, así como los principales autores.

plantea un modelo integrador más completo que apunta cinco fuentes básicas de inercia, que representan cinco niveles, de tal modo que la superación de uno lleva al siguiente nivel". (Pardo, 2003, pág. 87).

De esta forma, las fuentes de inercia que considera son: (1) percepción distorsionada, barreras de interpretación o prioridades estratégicas confusas, (2) escasa motivación, (3) falta de respuesta creativa, (4) barreras político-culturales y (5) otras barreras (Pardo, 2003, pág. 87).

Las tres primeras inercias se darían en la formulación y las dos últimas en la fase de implantación de proyectos de cambio. Cada fuente a su vez tiene diversas resistencias.

Describiremos a continuación brevemente las que consideramos puedan ser de utilidad en el presente trabajo.

En la fase de formulación de los proyectos de cambio resaltan:

1.- Percepción distorsionada.- Una falsa percepción provocada por la incapacidad de las personas para evaluar el futuro o la negación o rechazo por miedo, porque es contrario a lo que se desea, por inercia o continuar haciendo lo mismo, una falta de visión también caería en esta percepción.

2.- Escasa motivación.- Los impactos directos que un cambio tiene en una persona o grupo que bien podría sintetizarse en las siguientes preguntas ¿en qué me perjudica o en que me beneficia a mi?, o bien, ¿realmente estoy interesado?

3.- Falta de una respuesta creativa.- Al no tener una orientación o guía adecuada ya sea por falta de información que impide adecuados análisis o una falta de decisión, ya sea producto de la velocidad y complejidad de los cambios en el medio ambiente, la creencia de que los obstáculos que se perciben son inevitables y sin solución, y a la falta de visión estratégica producto de la falta de compromiso y voluntad de la alta dirección que permea incluso a todos los individuos de la organización.

4.- Antes de continuar queremos hacer una pertinente aclaración que estamos de acuerdo con la definición que Schein plantea como cultura organizacional ya ésta tiene importancia tanto en los impulsores y resistencias del aprendizaje y en proyectos de cambio como veremos más adelante, por tanto, la cultura organizacional es

“un patrón de supuestos básicos compartidos que el grupo aprende en la medida que resuelve sus problemas de adaptación externa e integración interna, que los ha trabajado lo suficiente para ser considerados como válidos y, por lo tanto, dignos de ser enseñados a los nuevos miembros como la forma correcta de percibir, pensar y sentir en relación con esos problemas” (Schein E. H., 1985, pág. 12).

Propone asimismo tres niveles para su análisis, donde el nivel se refiere al grado en que el fenómeno cultural es visible al observador siendo:

- a) Los artefactos, esto es, los procesos y estructuras en una organización, en el que se incluye el ambiente físico de la organización, siendo que son fáciles de observar (observables y tangibles) pero difíciles de descifrar, pero que permiten estudiar la cultura existente en la entidad.
- b) Los valores adoptados y declarados que incluyen objetivos, misiones, estrategias, las justificaciones adoptadas o filosofías que reflejan aspiraciones, reglas, normas de comportamiento que son validadas por un proceso social compartido entre los integrantes de la entidad. A veces suelen ser contradictorios y es cuando se observan comportamientos en áreas de comportamiento que muchas veces aparentemente permanecen sin explicar.
- c) Supuestos básicos que son la última fuente de los valores adoptados y declarados y los artefactos, que son aquellas medidas que han solucionado retos o problemas de adaptación o integración interna, y que conforme se vayan repitiendo llegarán a ser atrapados, capturados, asimilados por los integrantes de la entidad de tal forma que llegan a asumirse en forma automática e inconsciente en creencias, percepciones, pensamientos, sentimientos y tomados como verdaderas por todos los integrantes.

Por tanto en la fase de implantación tendremos:

5.- Barreras político-culturales.- Las luchas de poder (la percepción de que unos ganan y otros pierden), las creencias irreconciliables entre los individuos o grupos (en donde la velocidad de respuesta, la intención de mantener un proceso participativo, y el clima de implantación juegan un papel clave) y los valores arraigados (la lealtad emocional hacia determinadas formas de pensar o actuar) son fuertes elementos que impiden el cambio.

6.- Finalmente otras barreras como la inacción del liderazgo, el temor a lo desconocido, rutinas altamente interiorizadas al no tener suficiente información, conocimiento y comprensión puede traer consecuencias no predecibles. En el accionar colectivo el determinar quien dará el primer paso y la habilidad y experiencia, la cultura de la organización, para lograr llegar a un nivel de adaptación requerido, la brecha entre lo que exige el entorno para cambiar y las capacidades de los integrantes de la organización, así como el cinismo ya que es una pérdida de confianza en los líderes del cambio, cinismo provocado por la historia de la organización en los intentos por cambiar, o a una animadversión a ver las cosas desde una perspectiva más científica o clínica.

Un aspecto que en la actualidad cobra relevancia e importancia también lo es que quizá más importante que el aprender sea el poder desaprender, ya que si aprender es saber adaptar nuestros esquemas de pensar y actuar ante una realidad ante nuestros ojos y si no tengo el poder suficiente para cambiar esa visión de la realidad que tengo, entonces emergerá un conflicto conmigo mismo provocando malestar, presiones y estrés.

Por tanto el aprendizaje y el cambio deben iniciarse con un proceso de desaprendizaje, al olvidarnos de nuestras percepciones, imágenes, visiones de nuestros conceptos, de las cosas en general, y poder adaptar y adoptar nuevas imágenes, nuevos esquemas mentales a la nueva situación que se me plantea. Por tanto implica a cambiar nuestra forma de pensar.

Por eso en una organización las personas están acostumbradas a las rutinas, procedimientos, normas, estilos de dirección etc., y no logran entender por qué las cosas no cambian y es precisamente porque para cambiar primero hay que desaprender.

Es importante en este proceso armonizar –dentro de la cultura organizacional- un clima o ambiente que equilibre la razón, los sentimientos, las voluntades, los deseos.

Estamos de acuerdo con Casado et al (2004), en la que proponen varios modos para aprender y desaprender los cuales citaremos y daremos una breve explicación:

- Formar la libertad de la organización.- En esencia la propuesta significa profundizar el sentido de compromiso.
- Gestionar adecuadamente el error.- Para cometer errores es necesario hacer, por tanto al error hay que experimentarlo, pero las personas tienen que estar conscientes que existe un costo-beneficio (costo menor que el beneficio mayor), por experimentar pero que es necesario intentarlo.
- Sembrar confianza.- Ser conscientes que las personas no serán abandonadas y dejadas solas en un proceso de cambio.
- Escuchar.- No oír, sino además de oír, poner atención a lo que el otro tiene que decir, incluso agregaríamos con empatía o sea “ponerse en los zapatos del otro”.
- Crear una cultura de no abandonos.- No abandonar a las personas en general, cuando una persona necesita apoyo, respaldo, no dejarlas como si estuvieran en un espacio donde no hay piso. Las personas observarán y percibirán que no se atiende y apoya al que lo necesita.

Por tanto una conclusión importante es que para aprender y cambiar primero hay que desaprender, y para aprender y cambiar tenemos que realizar un proceso en el que interviene el contar con información que nos hará reflexionar, para en su caso, una vez realizado este proceso, se puedan lograr nuevas formas de pensar y de actuar, entonces surge la necesidad de apoyarse en los impulsores de esos aprendizajes, requeridos por tanto, surge la siguiente inquietud ¿qué factores ayudan o impulsan al aprendizaje y al cambio?.

Al llegar a este punto queremos enfatizar entonces que para lograr un cambio organizacional, la premisa fundamental es primero orientar a aquellos impulsores al aprendizaje de las personas y de los grupos.

Consideramos, que si las personas tienen la información en cuanto al desaprendizaje y al aprendizaje, cómo se generan estos conceptos, así como la necesidad de ser difundidos, y lo enfocamos hacia el sector hospitalario de nuestra región, pues se estarían dando entonces, los primeros pasos para impulsarlo. No hay que olvidar también, que el poder está presente en las organizaciones, y puede transformar todo lo realizado, pero pensamos que vale la pena intentarse e impulsarse un cambio realmente significativo en la manera de hacer las cosas en ese sector.

Además se estarían sentando las bases para un “cambio de lentes” para observar nuestra realidad, cuidando los espejismos e ilusiones.

Por último intentaremos ver qué es recomendable para los individuos y para los grupos ya que en ambos se dan situaciones que son importantes reflexionar.

Teniendo como base lo propuesto por Senge (1992), que denomina “las cinco disciplinas del aprendizaje continuo” trataremos de exponer brevemente:

1.- Desarrollar la maestría personal (dominio personal): El aprender a reconocer nuestras reales y verdaderas capacidades así como de las personas con quienes trabajamos es uno de los motores para impulsar a conseguir o intentar ser una organización inteligente.

El poder identificar y reconocer quienes somos, qué deseamos, qué queremos, qué somos capaces de hacer, ayudará a las personas en una organización a poder identificarse con la visión de la entidad.

2.- Identificar y desarrollar nuestros modelos mentales: En muchas ocasiones nuestros paradigmas (o modelos inconscientes o formas de pensar), son los principales obstáculos a permitarnos contar con una visión del mundo y la manera en que actuamos, debemos por tanto a aprender a tener la capacidad de aprender a “voltear el espejo” hacia nuestro fuero interno y poder descubrir aquellos conceptos que nos dirigen desde nuestro interior.

Esto contribuirá a poder tener formas y maneras más claras de comunicación que es necesaria para el crecimiento y desarrollo de las entidades y no un obstáculo para ello como muchas veces sucede.

3.- Impulsar la visión compartida: Al impulsar el aprendizaje de las personas en la organización para adquirir la capacidad de descubrir por ellos mismos que pueden crear una visión personal que de sentido a su vida y a su trabajo y que apoye la visión propuesta por el líder dentro de la entidad. Esto ayudará al compromiso personal y de grupo.

4.- Fomentar el trabajo en equipo: Mecanismos como los sentimientos de superioridad o inferioridad, complacencia de los deseos del superior o la auto-defensa, entre otros más, van

generando cierta calidad dentro de las interrelaciones, comunicaciones y diálogo, al interior de los grupos de trabajo.

Por tanto, debemos aprender a reconocer y manejar para lograr reconocer los obstáculos que están por surgir y evitar ese diálogo, esa forma de pensar juntos para tener mejores ideas, el crear y fortalecer a los equipos de trabajo es una labor importante.

Asimismo el lograr los objetivos al trabajar en equipo, se realizará mediante el espíritu de colaboración, cooperación, la intensa interacción necesaria, con respeto, responsabilidad mutua y compromiso, compartiendo y construyendo las visiones, los objetivos, fomentar la tolerancia, provocar e impulsar las sinergias.

También son importantes, al trabajar en equipo, y al elaborar diversos tipos de proyectos, los procesos, la clara división de funciones, la inter, y la multidisciplinariedad, la autodirección, el control colectivo sobre el ritmo del trabajo, así como el reparto de asignaciones, acciones y responsabilidades en las tareas, la aceptación y reconocimiento.

Identificar claramente los liderazgos visibles, la capacidad de decisión, y su puesta en marcha, la ayuda, la autoayuda, la congruencia entre el pensar, decir, sentir, hablar y actuar, también son esenciales en la construcción de los equipos.

Que se cuenten con líderes que permitan e impulsen la participación de las personas, que permitan y toleren y repetimos respeten el proceso, a las personas en su decir, actuar pensar y sentir, que impulsen el establecimiento de los reconocimientos y estímulos necesarios, que se involucren, que estimulen las nuevas ideas, entre otros, también es un factor importante que junto con la motivación y el ambiente o clima generen una nueva cultura participativa, activa.

5.- Generar el pensamiento sistémico:

Es necesario que comprendamos cómo funciona el contexto o entorno que nos rodea, por tanto el aprender a pensar en términos de sistemas nos ayudará para tal propósito.

El tener “otros lentes para ver”, ese cambio de perspectiva, mirar desde otro ángulo el mundo donde vivimos, para poder evitar que las interrelaciones en vez de asociarlas y encadenarlas de una manera lineal, al concepto típico causa-efecto, que genera normalmente imágenes instantáneas de los cambios que se producen y si por el contrario impulsar el aprender a ver e identificar esas interrelaciones en los procesos de cambio generados o que se vayan generando.

En una organización en constante aprendizaje, se cuenta con líderes –no sólo los formales que deben existir, sino de los informales, -podríamos denominarles “líderes impulsores” que no necesariamente ocupan cargos directivos por tanto-, los que están identificados en los grupos

de trabajo, que son responsables, necesarios, guíadores, maestros, diseñadores de los aprendizajes, en donde los individuos constantemente están aprendiendo, expandiendo el conocimiento de sus propias capacidades, entender la complejidad de la realidad, mejorar los modelos mentales compartidos, aclarar la visión personal y de la entidad.

Estos líderes, son los responsables de diseñar repetitivos, mejores procesos de aprendizaje, que inspirarán a la gente a realizar cosas difíciles, de probar cosas nuevas, de arriesgar, de ponerse en marcha hacia adelante, dar un paso más al frente.

Para evitar un conflicto de poderes, autoridad protagonismo y egos por tanto es necesario construir una estructura organizacional que valore a todas las personas que la integran.

Pero no basta el conocimiento y aprendizaje también es importante actuar sobre el comportamiento organizacional sobre la cultura, ya que el aprendizaje no es una técnica, ni es una acción que pueda programarse, sino que emerge de una actitud, predisposición para analizar de una manera crítica nuestras acciones para darles sentido.

2.4.3. Conclusiones de esta sección

En esta sección hemos visto a distintos autores que nos han aportado la información necesaria para entender mejor el cambio, la transformación, la toma de decisiones, la gestión del conocimiento y el aprendizaje organizacional.

En el oriente, las empresas que se enfocan a la innovación tienen una concepción distinta donde la parte significativa está enraizada en la acción, la experiencia, las emociones y valores de los individuos, mientras que en la organización occidental se cree que el conocimiento sólo se puede enseñar mediante instrucción y capacitación, siendo que el conocimiento es transmitido de manera explícita y formal. (Nonaka y Takeuchi). Estos autores aportan una clasificación del conocimiento en sensible, conceptual y holístico.

Si bien es cierto que estos autores se interesan especialmente por el estudio de la problemática asociada a la creación de conocimiento organizativo, es preciso matizar que dichos autores, imputan a las organizaciones que aprenden, no sólo la capacidad de crear conocimiento, sino también, una capacidad de cambio.

Por último llama la atención de otro autor canadiense Choo, Chun Wei (1988), quien define la organización inteligente como “aquella que es capaz de integrar eficazmente la percepción, la creación de conocimiento y la toma decisiones”. (Choo, 1988)

Para concluir podemos decir que la toma de decisiones para la gestión de la innovación tiene una particularidad que se caracteriza por el hecho que las decisiones en este caso son el resultado del proceso de inspiración que nos puede llevar a la innovación.

Por lo tanto se diferencia de la enorme cantidad de decisiones que los directivos y gerentes toman usualmente en las empresas, y que más bien son “decisiones automáticas” que dan lugar a comportamientos automáticos.

Es común que en las empresas existan algunas decisiones que deben tomarse como resultado de situaciones que están un poco fuera de los parámetros habituales, y que requieren de un proceso de búsqueda y de procesamiento particular.

Pero – como hemos visto con Crozier – existen situaciones de crisis o de percepciones de crisis anticipadas, que requieren tener presente la posibilidad de decidir “fuera” de los parámetros habituales tradicionales.

Por lo general los directivos y empresarios tienden a adoptar este tipo de situaciones cuando enfrentan una crisis.

La otra posibilidad – que es más ventajosa por supuesto – es que el propio empresario se coloque dentro de una zona de incomodidad o salga de su “zona de comodidad”.

Finalmente es importante tener en cuenta que por lo general tendemos a asumir que las decisiones tomadas van a llevarse a la práctica.

Esta es una hipótesis que no es necesariamente correcta; muchas veces las personas toman decisiones pero que no se llegan a implementar, y en el intento es posible que la implementación no se haya realizado, en la forma, tiempo y con los recursos originalmente previstos. (Principio de Morin de la “ecología de la acción”).

2.5. Intervención, Consultoría y la Investigación.- Introducción

Una vez hecho un repaso y reflexión de los elementos que integran a la organización, así como lo que es el cambio y el aprendizaje, que nos proporcionan elementos para ser observados en el trabajo de campo para responder a la primera pregunta de nuestra investigación y que recordamos a continuación:

¿Cuáles son las palancas que impulsan el cambio, cuales son las resistencias y frenos para implementarlo en una organización hospitalaria, y que tipo de actuación se puede aconsejar a los encargados o directivos?

Tenemos por tanto que prepararnos para actuar en función a la definición de un esquema de intervención, ya que existen diversas formas de actuar y como deseamos responder a la pregunta de investigación:

¿Qué elementos de método y herramientas pueden estar a la disposición del consultor para acompañar los procesos de cambio en hospitales, y que tipo de actuación se puede aconsejar a los consultores?

Siendo esta pregunta la que nos motiva a reflexionar, analizar los distintos tipos de intervención y seleccionar para el trabajo de campo el que nos convenga para el desarrollo de la investigación y tratar de responder a la misma.

Es por ello que veremos los distintos tipos de intervención y conceptos que en nuestro entorno pensamos no están claramente definidos y aceptados, confundiendo las funciones y objetivos y roles que se cubren al intervenir de tal o cual manera, en las secciones 2.3.1 y 2.3.2 tratamos de aclarar dichos conceptos.

Destacando la importancia de la investigación-acción empleada inicialmente por Kurt Lewin que es una manera de investigar y que facilita la vinculación del estudio de los problemas a resolver dentro de una circunstancia o contexto particular con acciones que tengan un impacto social, de forma tal que se logren de manera simultánea conocimientos y acciones que orienten a cambios sociales.

Es por tanto que consideramos esta forma de intervenir como la adecuada para realizar la presente investigación y el desarrollo del presente trabajo.

2.5.1. Intervención, asesoría, agentes de cambio y consultoría.-

Existen numerosas definiciones y enfoques de observar y percibir los conceptos de intervención, asesoría y consultoría, trataremos de clarificar nuestra percepción al respecto intentando delimitar más que definir dichos conceptos, iniciemos entonces con lo que la Real Academia Española (2001), da los siguientes significados:

- Asesor: "... que asesora (asesorar: dar consejo o dictamen)"
- Agente: "Persona o cosa que produce un efecto"
- Consultor: "... que da su parecer, consultado sobre un asunto o bien. Persona experta en una materia sobre la que asesora profesionalmente".
- Interventor.- "Que interviene, dicho de una persona: Interponer su autoridad, Interceder o mediar por alguien".

Sin embargo, esto no define ampliamente cada concepto, por lo que coincidimos con el significado de la Real Academia, Todo aquel que cuelga en su puerta el cartel "Consultores/Asesores" puede llamársele redundante. Sin embargo proponemos subrayar las diferencias existentes.

Intentaremos ver con más detalle dichos conceptos.

- Agente

Sescovich, (2006), comenta ante lo dinámico del entorno donde se desenvuelven y desarrollan las organizaciones, podríamos decir que el día a día de las mismas consisten en adoptar, adaptar y aprender a aprender para poder enfrentarse a ese contexto y poder intentar mantener sus niveles de eficiencia, eficacia y efectividad.

La actitud de los responsables de las entidades por tanto en la mayoría de las ocasiones es reactiva, esto es, reaccionar ante el entorno en lugar de prever y ser más proactivos y previsores para intentar darle una dirección deseada a los cambios que se van presentando.

Por tanto cualquier entidad debe equilibrar, armonizar, desarrollar al menos cuatro capacidades importantes para al menos tener una eficacia y una eficiencia aceptables. Esto es capacidad o competencia para:

- Interpretar o descubrir la existencia de transformaciones significativas que se estén dando o tengan la tendencia hacia ello.
- Desarrollar herramientas, instrumentos, auxilios, apoyos, que le permitan adquirir, crear, innovar, desarrollar nuevas tecnologías hasta el diseño de estrategias que respondan a esas transformaciones.
- Poder identificar correctamente los requerimientos internos que le permitan contar con procesos y sus mejoras continuas, para responder a las necesidades de los usuarios externos.
- Redefinir los requerimientos individuales y sociales de los equipos de trabajo.

El proceso de la intervención organizacional correspondería a lo que se denomina comúnmente Desarrollo Organizacional, en donde generalmente persigue los objetivos siguientes:

- Redistribuir el poder en la organización, ya sea descentralizando, delegando, aplanando la estructura, etc., con el fin de evitar distorsiones en los procesos de comunicación y de la toma de decisión evitando el alejamiento entre quien toma la decisión y la realidad concreta.
- Integrar las motivaciones, intereses, deseos, etc., de las personas que trabajan en la entidad con los objetivos y metas organizacionales, estableciendo una estrategia de negociación "ganar-ganar".

Asimismo es importante mencionar que al estudiar el Desarrollo Organizacional, emerge otra figura denominada el agente del D.O (Desarrollo Organizacional), pero, ¿quién es, qué significa? Trataremos de dar una respuesta.

El papel que desempeña el agente no se antepone ni es previo a las acciones a desarrollar para promover cambios sino que su rol principal es para

Estado del Arte

- Ayudar a generar información y datos, confiables, útiles, válidos que permitan revelar la realidad o la verdad de la organización. Esto ayudará a que el cliente vea una situación más integral, completa y comprensible.
- Ayudar a los clientes a desarrollar sus habilidades y emplear sus recursos para alcanzar los objetivos propuestos.
- Crear condiciones propicias para que los clientes puedan tomar decisiones teniendo una buena información y buscando que sea objetiva. Se trata de planear y llevar acciones adecuadas para resolver el problema.
- Ayudar a los clientes a asumir la responsabilidad de las acciones seleccionadas y comprometerse con los resultados obtenidos y las consecuencias de sus actos. (Argyrs, 1970),

Se puede decir que agente es aquel que intenta desarrollar en la organización, procesos, actitudes y que faciliten a la entidad actuar de una manera proactiva con los diversos elementos del entorno.

El agente del Desarrollo Organizacional impulsa el esfuerzo de la organización actuando como facilitador y catalizador de comportamientos que eleven el nivel de eficacia y salud de la organización; es decir, el agente puede ser un consultor, externo o interno al sistema – meta, o el propio cliente, siempre que posea adecuada capacitación teórica y práctica para representar el papel.

Aunque el papel del agente es proporcionar, generar información y datos útiles que permitan revelar las verdades de la entidad, crear las condiciones para que los clientes puedan tomar decisiones bien informadas y libres, ayudarlos a desarrollar sus potenciales y optimizar sus recursos para lograr alcanzar sus objetivos, pero solamente ellos -los clientes- tienen o no el poder, la libertad y la decisión de modificar o no alguna cosa, inclusive pueden optar por no modificar nada.

En el párrafo anterior se mencionan las características del papel básico del administrador, pero para poder representar tal papel el administrador tendrá que actuar en dos planos: un nivel de proceso y un nivel de contenido.

Para poder lograr la eficacia en estos dos planos primero tiene que actuar con eficacia en el autoconocimiento de su personalidad, sus capacidades y limitaciones, también tiene que saber comprender a la Organización, poseer una competencia interpersonal es decir, saber relacionarse eficazmente con los clientes y participantes del esfuerzo del D.O y flexibilidad de acción que es la capacidad para representar diferentes papeles dentro de su función de múltiples facetas de agente de D.O

Estado del Arte

Por lo tanto, el Agente tendrá que intervenir en el sistema-meta, esto es entrar en un sistema de relación y actividades de personas y grupos, con el propósito de ayudarlos a mejorar su funcionamiento y desempeño en los aspectos que se juzgan relevantes.

Tiene que caminar al lado de los clientes, procurando dentro de lo posible, concretizar en proporcionar oportunidades a cada miembro de la organización, buscar un aumento de eficacia, considerar la creación de un ambiente en el que se haga sentir al trabajo como estimulante y desafiante.

De acuerdo con Herbert Shepard (1972) y De Faria Melo, (2008), las reglas prácticas para el agente pueden ser las siguientes: mantenerse alerta, siempre trabajar en las áreas más prometedoras y no en situaciones sin esperanzas, no trabajar completamente solo, es mejor siempre tener aliados, descubrir a las personas capaces, dispuestas a trabajar y correr riesgos, capitalizar sobre las cosas buenas, utilizar y desarrollar su sentido de coordinación.

Un buen agente siempre se caracterizara, entonces, por su capacidad práctica, sus conocimientos teóricos y su personalidad que debe de ser dinámicos y flexible, su estilo personal, su teoría práctica o filosofía del trabajo y sus acciones y comportamientos.

- Consultoría

Pero entonces, ¿qué es la consultoría?

Para iniciar es importante enunciar las características claves de la consultoría de empresas según Kubr (2000), a saber: en primer lugar es un servicio profesional basado en la experiencia, el conocimiento, la investigación que con ética se realiza.

En segundo lugar es un servicio consultivo, esto es, el consultor no es parte del personal de las organizaciones, sino que su servicio es para dar asesoría, consejo, opinión, y no para tomar decisiones.

Asimismo tiene independencia tanto técnica, financiera, administrativa, política por tanto mental de tal forma que el consultor debe de estar en condiciones de emitir una opinión objetiva, franca apuntando a la realidad.

Por último las partes involucradas en que es un servicio temporal, con sentido comercial.

Por tanto es importante lo que señala:

“la consultoría de empresas es un servicio de asesoramiento profesional independiente que ayuda a los gerentes y a las organizaciones a alcanzar los objetivos y fines de la organización mediante la solución de problemas gerenciales y empresariales, el descubrimiento y la evaluación de nuevas oportunidades, el mejoramiento del aprendizaje y la puesta en práctica de cambios.” (Kubr, 2000, pág. 9)

Estado del Arte

El mismo autor determina que las principales razones para contratar a consultores en las organizaciones, independientemente de las diferencias del campo técnico de intervención y del método utilizado, por tanto los consultores son contratados para:

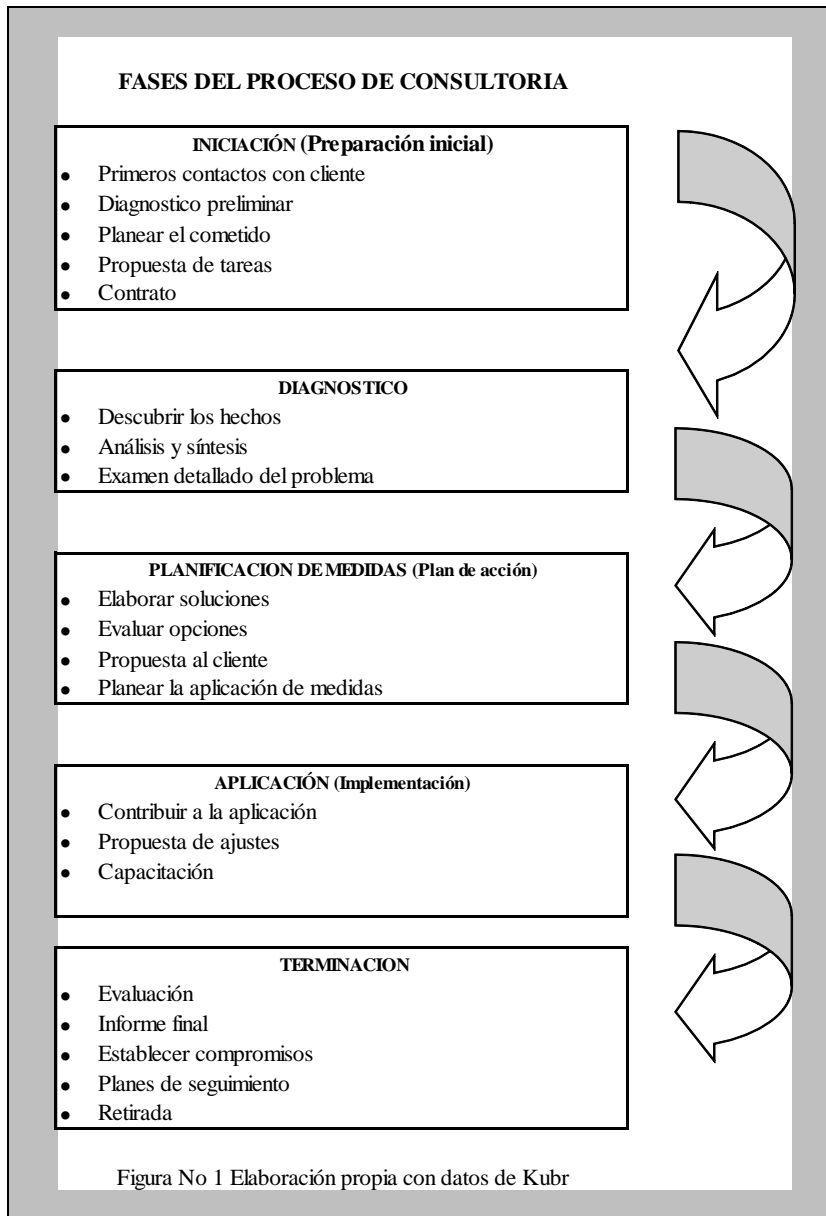
- Alcanzar los fines de la organización
- Resolver los problemas gerenciales y empresariales
- Descubrir y evaluar nuevas oportunidades
- Mejorar el aprendizaje
- Poner en práctica los cambios.

Realmente existen una infinidad de enfoques, métodos, modos, estilos, técnicas de consultoría que los expertos han desarrollado.

Dentro de esta variedad y gamas de opciones, los clientes con problemas terminan por encontrar un consultor que se adapta a su situación particular.

Sin embargo la consultoría aun con la diversidad de enfoques existentes, también cuenta con principios y métodos comunes como por ejemplo todos los consultores deben recurrir a la entrevista, objetivos del cliente, diagnóstico del problema, la estructura y el plan de trabajo que se realizará en el trabajo de intervención y presentar propuestas y conclusiones al cliente.

No hay que olvidar que para efectos de entendimiento se menciona de una manera lineal las acciones que se tienen que dar, aunque en el mundo real, en nuestra opinión, todas ellas podrían convergir de una manera desordenada y no lineal. (Ver figura No 1.)



Por tanto, se pueden abordar dos dimensiones esenciales del cambio organizacional en los clientes, una dimensión humana de relación interpersonal en la organización del cliente, las opiniones del personal acerca del problema que se trate, su legítimo y verdadero interés en mejorar, así como la relación entre el consultor y el cliente por un parte, y la dimensión técnica que vincula la naturaleza del problema de la entidad que afronta el cliente con la forma de analizar y resolver el problema, por la otra.

Es importante por tanto señalar que debe buscarse un equilibrio de los aspectos técnicos y humanos de la gestión y el cambio. En la consultoría de empresas se pueden observar tres principales sistemas (Kubr, 2000).

El primero es esencialmente técnico. Sus protagonistas son técnicos competentes que proporcionan asesoría sobre asignación de recursos, sistemas, estructuras, utilización de

Estado del Arte

recursos y otras cuestiones similares que se pueden medir, pesar, cuantificar en sectores o áreas como las finanzas, la contabilidad, los costos, la tecnología, los procesos. Consideran los problemas del cliente como principalmente técnicos.

El factor humano es el sistema en el que se centra el segundo sistema. En las ciencias del comportamiento se encuentran sus raíces, y su doctrina dicta en que más allá de lo que perciba o piense y diga ya sea el cliente o el consultor, siempre existirá un problema humano detrás de cualquier problema de una organización, ya sea técnico o financiero.

Bajo este enfoque todos los problemas se resolverán o al menos su solución se facilitará de una manera importante, si al resolverlos se les da un enfoque o son tratados como problemas humanos que impulsen aprendizajes, habiliten o desarrollen capacidades o motiven a los integrantes del personal de la organización.

Los consultores en Desarrollo Organizacional o de Recursos Humanos son el más claro representativo de este sistema.

Representan una parte relativamente pequeña de toda la industria de la consultoría, pero su influencia ha sido marcadamente desproporcionada con respecto a su número.

Por último el tercer sistema agrupa a un conjunto muy ampliamente tratado también por muchos especialistas que contiene enfoques pragmáticos y prácticos utilizados para diagnosticar los problemas de las organizaciones y ayudar a los clientes a conducir a las organizaciones con una mayor efectividad, eficacia y eficiencia. En este grupo la mayoría de los consultores se basan más en su experiencia, conocimientos y con sentido que en la ciencia del comportamiento o en alguna otra teoría.

Muchos de ellos han participado en los negocios antes de pasar a la consultoría. La experiencia y no la investigación les ha enseñado que los problemas y los logros de las organizaciones se ven afectados por una mezcla de factores técnicos, financieros, humanos, políticos y de otra índole.

Roles del consultor

Podemos inferir en esencia que el consultor puede asumir diversos roles diferente, destacando dos:

- Consultor de recursos, en este papel el consultor presta un servicio como experto y mayormente actúa aportando consejos, ideas y sugerencias, diríamos impartiendo pequeñas asesorías en un área específica donde él es experto.
- Consultor de procesos, en este rol, fue bien definida por Edgar Schein (1969), en donde se destacan los principales conceptos: a) es un conjunto de actividades que realiza el consultor b) las acciones que realiza el consultor deben ayudar al cliente a percibir,

entender y actuar sobre los procesos que ocurren en su organización y c) la función central es promover cambios.

Este autor es quien señala que los procesos de los cuales se puede aprender son esencialmente los procesos humanos o su accionar dentro de la organización.

El consultor por tanto se centraliza y presta atención en los medios o procesos por los cuales se obtienen las metas establecidas o deseadas y no en sí mismas, y por tanto su papel es menos central.

Por tanto en un enfoque moderno, podría decirse que la consultoría actual consiste en una “mayor cooperación y menor asesoría”, que el consultor tradicional o al cual están acostumbradas muchas personas que no han entendido realmente los nuevos y necesarios enfoques de la consultoría.

Este nuevo criterio de la consultoría ha recibido influencia de las modalidades de coaching por ejemplo en donde están centradas en el cliente, por medio de las cuales se le ayuda a diagnosticar sus problemas y resolverlos por sí mismo, en lugar de buscar la tradicional dependencia de terceros.

Esto no quiere decir que el consultor en muchas ocasiones utiliza ambos roles, sin embargo hay que evitar que las funciones de experto y analista para resolver problemas en forma unilateral realmente no es muy usada, ya que la tendencia actual es la creación y desarrollo de capacidades necesarias para lograr el cambio.

Asimismo el consultor dentro de su trabajo puede desempeñarse de diversas maneras, puede enseñar cuando propone un método para abarcar el problema y prescribe un camino propuesto por la doctrina y la experiencia; puede investigar sobre los temas en cuestión de manera solidaria con los ocupantes que realizan una actividad para mejorar y extender los límites de esa actividad; y puede resolver o ejercer su rol como consultor cuando busca proponer e inducir procesos para hallar soluciones eficaces a la problemática presente. Larrasquet (2006).

Debido al amplio rango de maneras en las que puede desempeñarse, el consultor, puede atravesar por diversas dificultades porque el cliente, en muchas ocasiones, es quien lo ubicara en una de esas facetas al comenzar su trabajo con lo cual limitará su propia concepción del consultor dentro de la organización y podrá sentirlo muy ajeno a ella o dejarlos sin la autoridad suficiente para poner en marcha el proyecto de consultoría adecuado para las mejoras en la organización.

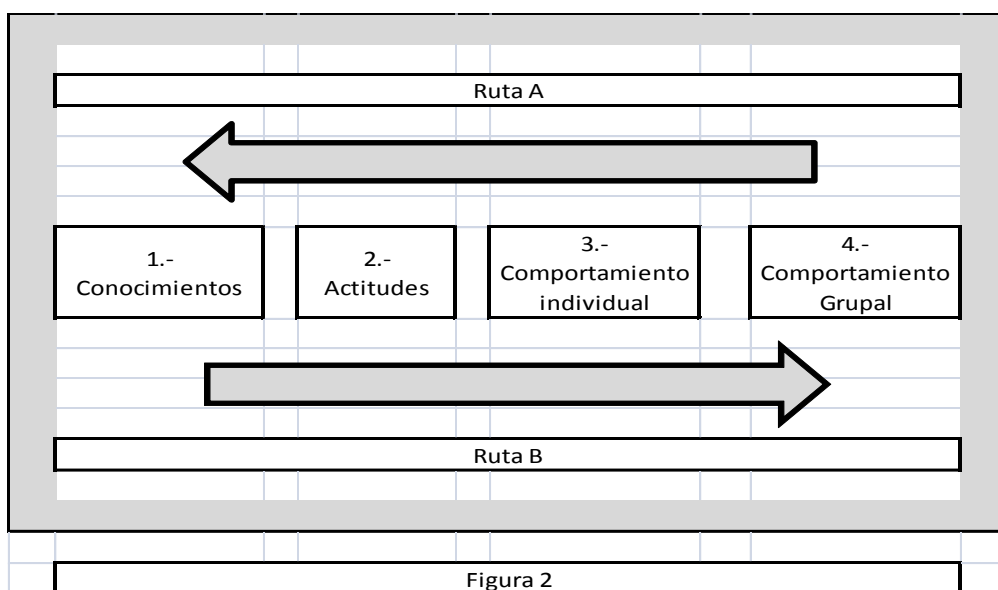
Junto con esta vicisitud, también puede presentarse el hecho de que el consultor se incline más a desempeñarse en uno de las tres funciones antes citadas por Larrasquet (2006), por lo cual, cuando el consultor no se cree con la capacidad de encontrar un equilibrio entre las tres, es mejor contar con un equipo de consultores multidisciplinario en el cual cada uno se desempeñe

en un de las funciones y en la práctica se mantenga el equilibrio correspondiente, punto y posición en la cual compartimos plenamente.

2.5.2. La Consultoría y el Cambio

Muchas veces se expresa, incluso con cierta frecuencia, que la razón de ser de la consultoría es el cambio, pero como hemos visto el cambio se refiere a las organizaciones, pero al estar integrada por personas que trabajan con un mismo propósito, se genera una interacción, de tal manera que la organización en su conjunto ejerce una influencia sobre cada uno de los integrantes de la misma, pero a su vez cada integrante de la organización ejerce cierta influencia en la entidad, esta interacción es lo que da lugar a y permite establecer el proceso de cambio, y por tanto intentar mejorar los resultados, este trabajo, puede desarrollarse por dos vías que se contraponen totalmente : la participativa y la coercitiva.

El gráfico señala en qué consiste el proceso de cambio, el cual puede seguir una de dos rutas, A ó B. La ruta A es un cambio un tanto obligado (comúnmente denominado coercitivo), mientras en la ruta B, contraria al anterior, representa un cambio de tipo participativo como se muestra en la figura 2:



En el cambio obligado (coercitivo), mediante órdenes se identifica la necesidad de cambiar los comportamientos del grupo u organizaciones (4) que afectan los comportamientos individuales (3), y que cambian su manera de actuar, (2) y en consecuencia adquieren los conocimientos e informaciones pertinentes para llegar al objetivo o meta establecida (1).

En general, una vez que se ha llegado a esta fase (1) este proceso retroalimenta al origen del mismo, de manera tal que el cambio de conocimiento (1) lleva al individuo al cambio de sus propias actividades (2 y 3), lo que influye sobre su comportamiento de los grupos y organizaciones (4).

Pero todo este proceso, originado de una fuente de poder como la autoridad, tiene en su origen, su principal debilidad, si desaparece la fuente de autoridad o la obligación establecida se retrocederá al punto inicial sobre todo si no se ha tenido el tiempo suficiente para consolidar el conocimiento-aprendizaje adquirido.

Por otra parte si lo que se pretende es procurar un cambio de tipo (ruta B) el proceso de cambio debe ser más estable aunque si principal dificultad es que tomará lapsos más prolongados el poderlo implementar. Introducir nuevos conocimientos (1) generará nuevas actitudes (2), que permitirán modificar los comportamientos individuales (3), que deberán impactar e influir sobre la conducta de grupos y organizaciones (4).

La modalidad de consultoría más utilizada y apreciada en la actualidad es la participativa o colaborativa.

Hasta ahora hemos hablado de la consultoría tradicional con sus variantes esto es donde el cliente recibe la consultoría ante un problema planteado y necesita el auxilio y apoyo de un consultor, sin embargo actualmente la consultoría participativa (también denominada colaborativa), la cual debe de tender a fijar los cambios y a realizar aquellas acciones que impulsen a establecerlos, pero deben surgir de la propia entidad, por convicción y pleno convencimiento propio, adquiriendo la conciencia de las bondades y necesidades de implementar las acciones que promuevan el cambio y que ayude a lograr aprendizajes que permitan un constante mejoramiento que ayudarán a conseguir mejores resultados.(Sherwood, 2008).

Por tanto las principales características de este tipo de consultoría podríamos enunciar las siguientes:

- el consultor (aunque lo sea) no es un experto: es un colaborador imparcial de la entidad cliente, los verdaderos expertos son los propios trabajadores de la organización-cliente.
- la verdadera experiencia sobre sus situaciones concretas y vividas radican en los trabajadores de la organización cliente.
- los trabajadores y directivos de la organización cliente son capaces de identificar los problemas que tienen, así como de definir las soluciones a esos problemas, así como de aplicar estas soluciones.

Entonces ¿para que se necesita la presencia de un consultor?

Está más que justificada e incluso en muchas ocasiones es importante su presencia ya que puede ayudar y/o contribuir al cliente a:

- clarificar e identificar el problema, la solución y su aplicación

- hay reacciones que no se desarrollan sin la presencia de un facilitador, es un agente de cambio.

El trabajo de consultoría particularmente la participativa se desarrolla en un complejo contexto de factores económicos, políticos, sociales, técnicos, educativos e incluso circunstanciales lo cual exige que el consultor reúna ciertas capacidades y competencias.

Al respecto enunciaremos brevemente lo que Kubr (2000), señala como dos grupos de capacidades, por un lado las intelectuales tales como: la capacidad analítica y para resolver problemas, así como a la competencia especial en la esfera del comportamiento, en la capacidad de comunicar y de ayudar a otras personas a entender la necesidad de introducir cambios y cómo aplicarlos y por otra ciertos atributos personales tales como la capacidad para analizar, resolver problemas complejos, sentido de percepción del clima de la organización, ética, sentido de la oportunidad, actitud para establecer relaciones interpersonales y percepción de necesidades del cliente.

Por otra parte, existe el trabajo del consultor en Desarrollo Organizacional (D.O), dedicado a trabajos en los que se incluyen funciones de socio-terapeuta profesional que trata las patologías o disfunciones de las relaciones sociales en el contexto organizacional, por tanto, tenderá a ser más capaz en cuanto tenga una más sólida formación en áreas como dinámicas de grupo, psicología y sociología de las organizaciones y desarrollo organizacional, independientemente de tener estos conocimientos, deberá contar con capacidades tales como saber oír, observar, identificar y relatar, hacer diagnósticos, mantenerse flexible y reconocer sus limitaciones (De Faria, 2008).

La consultoría puede ejercerse tanto de una manera interna, por personal de la propia organización, como por un consultor externo. En ambos casos tienen sus pros y sus contras.

Lo que es ventaja para uno es desventaja para el otro, así tenemos que las ventajas de un consultor interno es que conoce mejor los aspectos informales así como con más detalle y por tanto precisión la problemática y el acontecer de la de la entidad, (estas razones son desventajas para el consultor externo), en el caso del consultor externo generalmente cuenta con más experiencia y por tanto cuenta con una mayor aceptación y facilidad para acceder y por tanto actuar en todos los niveles dentro de la organización (esto generalmente serían las desventajas para el consultor interno).

Para finalizar se podría decir que la consultoría es un proceso de ayuda que se origina de una relación interpersonal entre una o más personas que desean resolver un problema o mejorar la situación de un sistema. El consultor tiene ciertas peculiaridades que lo distinguen del cargo del ejecutivo.

Se podrían mencionar algunas de ellas: las reacciones ante el poder del consultor, que surgen cuando en un sistema donde las relaciones de poder ya están establecidas, la intervención del consultor tiende a causar recelo, agresividad y agresión.

Sentir al consultor como un extraño o considerarlo como la persona que representa una amenaza de revisión o juzgar el trabajo del personal y pensar que él lo puede ver y saberlo todo.

- Coaching

¿Pero entonces y que es el coaching?

Ken Blanchard, uno de los gurús en liderazgo situacional ha intentado aplicar sus métodos desde la década de los noventas, aplicándolos en las organizaciones empresariales y particularmente en un famoso y exitoso entrenador de futbol americano (Blanchard, 2007).

Observó que el funcionamiento de los equipos deportivos y de los atletas en las grandes eventos deportivos requiere el desarrollo de habilidades y competencias tales como: el control de las emociones, manejo del estrés, orientación a resultados, liderazgo, autoestima, trabajo en equipo, ambición, así como un innumerable y considerable cantidad de valores y principios, herramientas de trabajo, metodologías de trabajo que permiten explicar ciertos factores de éxito que pueden ser llevados al terreno de las organizaciones

Villa & Caperan (2010), citan como una posible definición:

“...aquel proceso de acompañamiento individualizado (coach), en el que el pupilo (coachee), libera su talento a través de la detección de sus puntos fuertes y sus oportunidades de mejora, colaboración y seguimiento de un plan de acción concreto”.
(Villa Casal J.P & Caperán Vega, 2010, pág. 19)

Las organizaciones tienen elementos comunes al mundo de los deportes en los que las metodologías de alto rendimiento deportivo pueden extrapolarse. La clave está en compartir la necesidad apremiante y constante de resultados esperados con recursos limitados en un lapso determinado.

La pregunta que hace el maestro a su discípulo es la que formula también el coach en la sesión de coaching: ¿Qué quieres que ocurra en esta situación? Dadas estas circunstancias, ¿cuánta responsabilidad estás dispuesto a asumir?, ¿cómo responder eficazmente?”. En otras palabras, ante un determinado hecho el coach pregunta: ¿Qué historia elegirás contar? ¿La historia de la víctima o la historia del protagonista?. La primera genera impotencia; con la segunda asumo el poder que está en mis posibilidades, en mis competencias.

Se inicia entonces un proceso de aprendizaje, entrenamiento confidencial y personalizado que llena el vacío producido actualmente entre lo que deseas y lo que eres.

El proceso de coaching es un proceso de asumir responsabilidad. El coach sabe que esta consideración es crucial. Mientras el coachee siga considerando que sus problemas o fracasos son resultado de factores externos, el coaching no tendrá eficacia. Si el problema está afuera, ¿cuál será la necesidad de cambiar? El aprender a revisar nuestros juicios, o nuestros procesos de razonamiento, o a darnos explicaciones eso es coaching.

2.5.3. Tipos y Procesos de intervención.-

Existen varios tipos y procesos de intervención, intentaremos ver algunos de ellos, destacando los siguientes:

2.5.3.1. Investigación Acción

Ya hemos visto la importancia en el trabajo del consultor tiene la investigación, por tanto el modelo que emerge y destaca es el llamado Investigación-Acción, ya que se le considera la médula misma de las intervenciones en materia de cambio y desarrollo organizacional.

El término Investigación Acción (action research), fue empleado inicialmente por Kurt Lewin (1946).

Señala que este tipo de investigación es otra manera de realizarla en el área de las ciencias sociales y que se ha experimentado sobre todo en el área de la Pedagogía, (Schon, 1983) pero que también cada día en forma incremental en la investigación de las organizaciones.

Es importante aclarar que es un método para realizar una investigación en el campo de los problemas sociales, al mismo tiempo que se interviene en el campo en cuanto que se observa y no un método de estudio sobre la acción o sobre las actividades, en nuestro caso, de las organizaciones, además de puede ser vista como un proceso dinámico, en el cual se dan una continuidad de eventos y acciones.

Este tipo de intervención sirve como una ruta mapeada para el consultor, ya que es una representación sencilla, simple de un complejo conjunto de actividades que generalmente están presentes en los procesos de cambio en las organizaciones, facilitando al consultor o al agente de cambio puesto que permite identificar hacia donde debe dirigirse y ubicarlo en dónde está situado en la problemática a resolver, por tanto se acerca al proceso de consultoría como un proceso de aprendizaje en donde todos los actores –incluyendo al consultor mismo– aprenden durante el proceso de intervención.

Durante las distintas etapas del proceso, se va obteniendo información por ejemplo sobre los objetivos, metas, necesidades, y permite ver al sistema de interrelaciones como un ente vivo y en permanente acción.

La información obtenida es retroalimentada dentro del sistema, lo que puede provocar sugerir cambios en las variables que han sido inicialmente seleccionadas para ser observadas y finalmente se evalúan los resultados de las acciones que fueron obtenidas en el campo, en el cual se obtuvo más información French & Bell, (1990).

De esta manera la Investigación-Acción es una espiral de acciones de cambio que se realiza continuamente, y como consecuencia de la investigación y los resultados de las acciones realizadas durante la misma retroalimenta de tal forma que puede y debe realizarse una investigación posterior lo cual ayuda a generar una espiral de conocimientos. Como podremos ver en la figura No 3.

Existen diversas modalidades de este tipo de investigación, (Grundy, 1982), propone la existencia de tres modelos básicos que enunciaremos brevemente:

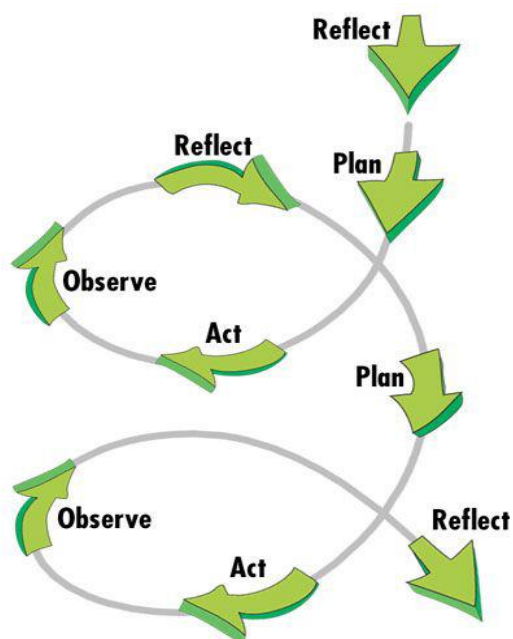


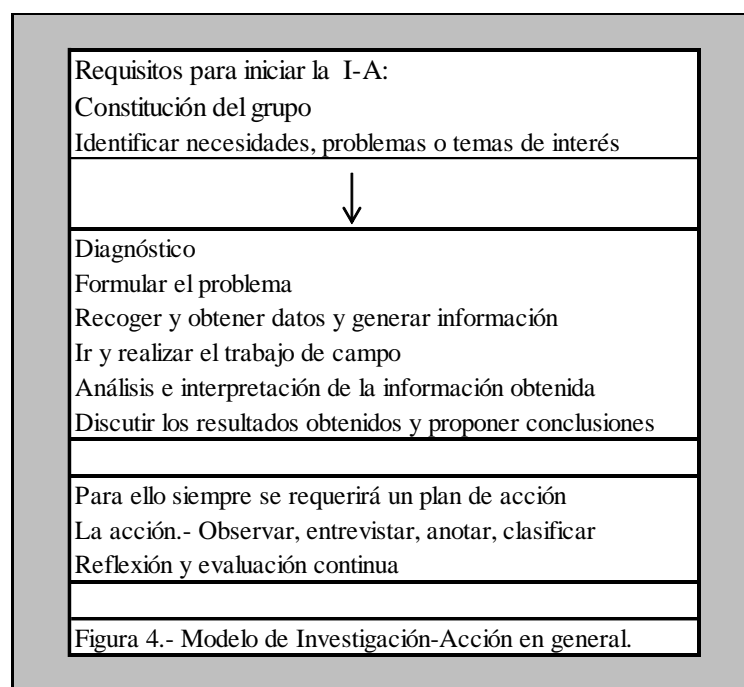
Figura No 3. Ciclos de la Investigación-Acción (Action Research)

El técnico, que son aquellos procesos que son guiados por expertos que realizan los actores activos y que tiene la finalidad de obtener resultados prefijados, con un sentido productivo o de buscar eficiencias. Ayuda esencialmente a mejorar las eficiencias del sistema.

El práctico, que es un modelo de investigación-acción en donde esencialmente es un proceso de indagación y reflexión de lo observado en la práctica y a su vez lo observado en la práctica lleva a un proceso nuevamente de indagación y reflexión. Esta perspectiva es representativa del trabajo y pensamiento realizado por Elliot y Stenhouse (1994), (Stenhouse, 1993) . Por tanto este enfoque ayuda a comprender la realidad.

El último modelo parte del supuesto en la que por restricciones o limitaciones ya sea de tipo institucional, ideológico, normativo, etc., no hace posible llevar a cabo lo que en el enfoque práctico sugiere.

Por estas limitantes hay que plantearse además de la práctica la transformación de esas estructuras restrictivas y por tanto es necesario acudir a las fuentes críticas teóricas que permitan servir de soporte a tomar conciencia de las limitaciones que se dan en la práctica. Esencialmente este modelo ayuda a contribuir y participar en la transformación cambio social.



2.5.3.2. Investigación Crítica

Ahora bien intentaremos explicar brevemente algunos tipos de intervención que hemos encontrado, a saber:

Además de la Investigación –Acción el cual, el cual subrayan su importancia Rothwell et al (1995), sugieren la existencia de otros dos modelos principales de cambio.

Estos modelos a que hacen referencia descansan en enfoques re-educativos, normativos y prescriptivos en donde el comportamiento organizacional es consecuencia de un proceso de aprendizaje.

El primero de ellos ya lo hemos tratado que es la Investigación-Acción, el segundo por tanto es el denominado investigación crítica, el cual tiene sus inicios en las prácticas marxistas donde la idea oculta es que tiene en paralelo un enfoque dialéctico de cambio organizacional, ya que supone que en toda organización cuenta o tiene una ideología que predomina o guía a la misma y por tanto justifica la forma de operar la entidad y a su forma de existir y desarrollarse.

Por tanto siguiendo a Lang (1992), el cual enuncia que la ideología está por encima de la cultura organizacional puesto que ésta es consecuencia de la primera.

Esto hace que se genere ciertas tensiones entre lo que sucede y lo que debería suceder, ya que existe un nivel de insatisfacción dentro del sistema (organización), el modelo lo que pretende o busca es identificar estas discrepancias.

Este modelo permite observar las diferencias entre las visiones, percepciones y perspectivas de los diferentes componentes de la alta dirección, así como los conflictos en las relaciones entre los distintos grupos, departamentos o áreas de la entidad.

Si se explora la ideología existente y las prácticas operativas, este modelo sugiere mecanismos de análisis y desarrollar mecanismos de auto-apreciación que faciliten el desarrollo y cambio organizacional.

2.5.3.3.El ciclo PHCA de Shewhart

El tercer modelo está relacionado con el modelo de cambio que originalmente fue desarrollado por Shewhart en el año 1924. Este modelo que se conoce bajo el nombre de modelo de Shewhart, toma su denominación como consecuencia de los nombres de cada una de las etapas o ciclos del modelo. Ellas son: Planificar (P), Hacer (H), Controlar (C), y Actuar (A). Mucho del trabajo de Edward Deming en el área de mejora continua está asociado a este modelo.

Los impulsores de de Calidad Total (CT), por tanto lo han asociado a este modelo que ayuda a los procesos de cambio y desarrollo organizacional y aunque Schultz y Parker (1988) incluso dan como soporte algunas preguntas y cuestionarios para cada una de las cuatro etapas mencionadas anteriormente, consideramos en nuestra opinión que no contribuyen al autoaprendizaje y vienen de los modelos clásicos de la administración, sin embargo cuentan con muchos seguidores en Latinoamérica.

Quizá lo único rescatable sean los círculos de calidad como una herramienta que ayude a fomentar el aprendizaje.

2.5.3.4.Otros modelos que podemos comentar son los siguientes:

2.5.3.4.1“Appreciative Inquiry” o pregunta apreciativa o la pregunta inteligente

Basado también en el pragmatismo (movimiento filosófico iniciado en los Estados Unidos por C. S. Pierce y W. James a fines del siglo XIX, que busca las consecuencias prácticas del pensamiento y pone el criterio de verdad en su eficacia y valor para la vida) y empirismo (sistema filosófico basado fundamentalmente en los datos de la experiencia. Conocimiento que se origina desde la experiencia), ya que se ha desarrollado en función a lo señalado últimamente esto es la evidencia empírica.

Es por ello que surge el modelo tradicional de diagnóstico, dentro del Desarrollo Organizacional tradicional que generalmente se enfoca a intentar contestar la pregunta ¿Qué problemas tiene? Con el objetivo de definir el problema, componer o arreglar, lo que está mal y sobre todo con un enfoque del deterioro existente.

En tanto dentro de la investigación del modelo apreciativo o indagación apreciativa, la búsqueda se centra en hallar soluciones, que quizá ya existen dentro de la entidad o mejorar o amplificar lo que está funcionando y con un enfoque sobre las fortalezas existentes tratando de contestar la pregunta ¿Qué está funcionando bien aquí? (Hammon, 1996)

2.5.3.4.2 El enfoque de Schein.-

Schein (1980), sugiere que en los momentos de introducir los cambios, la perspectiva diferente de un nuevo líder puede ser muy útil y una vez si es posible de ser alcanzada la estabilidad necesaria, el designar a un nuevo líder con un perfil de sostenimiento los cambios requeridos.

Asimismo este autor propone la existencia de otras opciones fuera de la concepción de Desarrollo Organizacional.

Ellas son: el modelo médico – paciente donde existe una receta que prescribe “la solución” o el modelo de compra donde el consultor tiene una best practice que “es la que adopta el Cliente”.

Las consecuencias negativas de ambas prácticas son detalladas muy prolijamente por Schein. Sin embargo son prácticas muy adoptadas en el ejercicio de la consultoría en nuestro continente. (Schein E. , 1969).

2.5.3.4.3 El enfoque “Coercitivo”

Todas las personas pueden ser propensas a cambiar y muchas de ellas lo son cuando resultan amenazadas con algún tipo de castigo como por ejemplo puede ser un despido.

Este enfoque es conocido bajo el nombre de enfoque “Coercitivo” para el cambio y desarrollo organizacional, para lo cual sugerimos al lector referirse a Chin & Benne (1969), Rothwell et al (1995), señalan que para algunas situaciones puede ser la única opción posible para el cambio organizacional, aunque se sugiere hacer uso de este enfoque como último recurso.

Por último ya hemos visto algunos de los modelos de intervenciones existentes, sin embargo es importante también mencionar al modelo de Coaching y al Empowerment, el primero ya lo hemos visto anteriormente y basta decir que no hay que olvidar que este modelo proporciona o extrae del sistema, información, conocimientos, habilidades, colaboración, mediante el asesoramiento personalizado para que el personal sujeto de la intervención le permita lograr aprendizajes que impactarán a la organización, ya que el coaching está destinado principalmente a :

1. Todas las personas con responsabilidad dentro de una empresa.
2. Todas las personas consideradas “clave”, no sólo desde el punto de vista objetivo, sino también desde el punto de vista subjetivo.

Y el Empowerment o empoderamiento que nos proporciona una perspectiva o punto de vista o puesta de anteojos para ver la realidad de una manera diferente ya que consiste “en liberar los conocimientos, la experiencia y la motivación que el personal involucrado en una organización ya poseen...” para Blanchard (1996, pág. 124), a diferencia tanto de Daft (1998), como de Koontz y Weichrich (1998), no se trata de darle la total influencia o poder a los empleados de una entidad, sino en otorgar atribuciones a los empleados para que ellos puedan tomar decisiones sin necesidad de un visto bueno por parte de la gerencia. Lo cual nos da un punto de vista importante distinto.

De este concepto podemos observar que son importantes los siguientes elementos:

- Trabajo en equipo
- Participación del poder por parte de los subordinados
- Influencia real de los trabajadores en las decisiones dentro de su área de responsabilidad
- Poder = Responsabilidad, esto es buscar compromisos con responsabilidad y partiendo del supuesto que las personas son capaces de autoorganizarse, darles por tanto la libertad de accionar, cuestionar, resolver y por tanto tomar decisiones.
- Liberar los conocimientos y experiencia de los trabajadores

2.5.4. Conclusiones de 2.5

Hemos visto e intentado esclarecer en la presente sección los distintos conceptos de intervención y roles del consultor, por tanto hemos demostrado, las diferencias existentes entre asesor, agente, consultor, interventor, coach, así como los distintos tipos de intervención del trabajo que puede tener un consultor como lo serían la investigación crítica, el ciclo PHCA de Shewhart, la pregunta apreciativa o la pregunta inteligente, el enfoque de Schein que incluye el cambio de liderazgo, modelo médico-paciente o de compra, así mismo el enfoque coercitivo.

Pero el tipo de intervención que emerge y destaca particularmente en el campo de lo social y de las organizaciones dentro del cambio y desarrollo organizacional, es la investigación-acción en donde hemos visto la importancia del trabajo del consultor, así como la importancia que tiene la investigación, el más importante modelo es el llamado investigación-acción, ya que se le considera la médula misma de las intervenciones en materia de cambio y desarrollo organizacional, y que fue empleado inicialmente por Kurt Lewin.

Este tipo de intervención sirve como una ruta mapeada para el consultor, ya que es una representación sencilla, de un complejo conjunto de actividades que generalmente están presentes en los procesos de cambio en las organizaciones, facilitando al consultor identificar hacia donde debe dirigirse y ubicarlo en dónde está situado en la problemática a resolver, por tanto se acerca al proceso de consultoría como un proceso de aprendizaje en donde todos los actores –incluyendo al consultor mismo- aprenden durante el proceso de intervención.

Esto como una parte inicial a considerar en un proceso de intervención ya que como veremos en nuestras conclusiones, lo importante dentro de un modelo constructivo de intervención, es el cómo se realiza el proceso al irse construyendo con los actores.

Durante las distintas etapas del proceso, se va obteniendo información por ejemplo sobre los objetivos, metas, necesidades, y permite ver al sistema de interrelaciones como un ente vivo y en permanente acción.

La información obtenida es retroalimentada dentro del sistema, provocando cambios en las variables que han sido inicialmente seleccionadas para ser observadas y finalmente se evalúan los resultados de las acciones que fueron obtenidas en el campo.

De esta manera la investigación-acción es una espiral de acciones de cambio que se realiza continuamente, y como consecuencia de la investigación y los resultados de las acciones realizadas durante la misma, éstas se retroalimenta continuamente, generando una espiral de conocimientos.

2.6. Conclusiones del capítulo 2

Hemos visto como los diversos autores seleccionados nos aportan sus respectivas visiones de la organización, los distintos tipos de arreglo, la evolución del pensamiento, los diversos elementos que la integran y que son necesarios estudiar, analizar, reflexionar para poder entender como el aprendizaje, el cambio, y aquello que merece ser tomado en cuenta para ser investigado, analizado y reflexionado en el presente trabajo, y que nos llevará a las conclusiones que previamente hemos establecido como preguntas de investigación a contestar.

Es por tanto que podemos concluir en nuestra opinión que la organización es interesante representara como un sistema abierto formado por dos o más personas en las que es esencial la colaboración y la cooperación entre ellas.

Las personas que al formar grupos van generando conocimientos y aprendizajes, que se comunican e interactúan, que tienen reglas, así como normas de comportamiento, que deben ser respetadas por los integrantes.

Todo lo anterior para poder generar un medio ambiente que les permita la realización de sus actividades, creando o formando una estructura de relaciones de interacción, para producir, elaborar o prestar un producto, bien o servicio, satisfacer las necesidades de la comunidad dentro de un entorno y circunstancia, y finalmente, dando así la satisfacción de su principal propósito y objetivo común que le es característico y que es su misión.

Otra forma de decirlo quizá fuera que la Organización es un sistema de actividades o tareas y procesos coordinados, que está constituido por dos o más personas o grupos, que forman y formalizan una estructura de relaciones de interacción, que estas personas o grupos son interdependientes, que tienen autonomía y que a su vez tienen diversas capacidades y competencias destacando su capacidad adaptativa, de auto organización, y de comunicación, que tienen reglas y normas de comportamiento, que consumen o utilizan recursos con el objeto de producir bienes, productos o servicios, para satisfacer a la comunidad y tener su propia satisfacción y contribuir a lograr un propósito o misión establecido. Por último que tienen una vida temporal que no está claramente establecida.

Puede tener como finalidad el lucrar o no, su dimensión puede ser micro, pequeña, mediana o grande dependiendo del criterio que se emplee para clasificarla por ejemplo ya sea por el número de personas que colaboran o por el monto de los ingresos que se generan o la cantidad de activos tangibles con que se cuenten, cuya propiedad puede ser pública, privada o mixta.

Y está en la búsqueda constante para obtener los recursos necesarios materiales, técnicos, humanos, cognitivos, e intangibles para desarrollar sus actividades y poder así cumplir con sus fines.

Hemos visto como el concepto de cambio es algo continuo, en constante movimiento, como consecuencia de una reacción para adaptarse al entorno o simplemente sin que sea producto de ninguna acción que sea controlada desde arriba.

La organización es considerada un ente que tiene la capacidad de autoorganizarse, y de autogenerar sus propias estructuras, lo cual le permitirá ser más flexible, abierta y susceptible al cambio, dentro de un proceso que es dinámico, complejo y caótico, en donde la adaptación, la creatividad e innovación se encuentran presentes.

Sin embargo, a pesar de que el cambio es algo permanente en nuestras vidas, en las organizaciones es visto a menudo como algo riesgoso que hay que evitar en la medida de lo posible porque genera escenarios muy inciertos que son más difíciles de controlar.

El problema de esta perspectiva está en que en el actual contexto de las organizaciones, ya no se puede existir sin el cambio, porque ahora cada estrategia exitosa, lo será hasta que

aparezca otra y el lapso en que esto ocurre es cada vez menor, lo que obliga a las entidades a estar preparadas o simplemente ceder frente a la competencia.

Si hablamos de los hospitales esa competencia se refleja en la obtención de recursos, de financiamientos, y de la eficiencia en la administración de los escasos recursos con los que ya se cuenta, así como del envejecimiento de la población y el incremento en los costos para atender las enfermedades naturales producto de ese envejecimiento, esto sin meternos a analizar el impacto que desde el punto de vista económico implica el concepto de las pensiones y jubilaciones y su sustentabilidad.

Podemos concluir de lo anterior que la incertidumbre, y complejidad en el futuro será mayor.

Por tanto después de haber visto distintos enfoques de los autores y su percepción del cambio, vemos como emergen autores como Argyris, Senge y Nonaka y Takeuchi que nos aportan conceptos clave en relación al aprendizaje, al conocimiento, a los procesos cognitivos y nos inician y aclaran finalmente que lo necesario es aprender para crecer y transformarse de una manera inteligente, como las organizaciones inteligentes aprenden a aprender y los diferentes estadios para conseguir y lograr una evolución en su desarrollo.

La organización que aprende se identifica como aquella capaz de promover su propio cambio y transformación de forma continua.

De acuerdo a esta acepción del concepto referido, la organización que aprende tendrá las características de un sistema autopoietico o autoorganizado, como lo sería el cerebro humano, características que se derivan de la aplicación de sus propiedades holográficas. Esta idea es compartida por ciertos autores, como Lessem, Mackenzie, Redding y Catalanello, Marquardt y Reynolds.

La acepción del concepto de organización que aprende fundamentada en la metáfora cerebral/holográfica, puede orientar la tarea de gestión de modo adecuado para enfrentar uno de los principales retos actuales de la gestión: el reto del cambio. En efecto, a la luz de la metáfora apuntada, los distintos aspectos de la tarea de gestión pueden entenderse de la forma más apropiada para construir organizaciones que aprenden, esto es, organizaciones con capacidad para impulsar su renovación y cambio continuamente.

Tal como se ha explicado en el mencionado capítulo, la metáfora cerebral/holográfica constituye un referente a la metáfora de sistema complejo para orientar la gestión del cambio.

Ciertamente, la primera puede guiar la tarea de gestión hacia la creación de condiciones que posibiliten a la organización incrementar su potencial de autoorganización, es decir, de generación de un nuevo orden, sin llegar hasta el límite del caos o, lo que es lo mismo, hasta situaciones de extremo desequilibrio. Además, dicho potencial implicaría la capacidad de crear un nuevo orden y, por lo tanto, de regeneración, de forma continua.

Basándonos en la acepción del concepto de organización que aprende adoptada en esta investigación, la organización se entiende como un sistema autopoietico y, por lo tanto, autoorganizado. Éste se caracteriza por su capacidad de "aprender a aprender", esto es, de aprender al máximo nivel.

Así, en el contexto organizativo de una organización que aprende, el aprendizaje es proactivo o generativo (base de la capacidad de autoorganización) y no prescriptivo (el aprendizaje no se restringe a una parte de la organización).

El carácter generativo y no prescriptivo del aprendizaje que caracteriza a una organización que aprende, tal como ésta se entiende en este trabajo, está asociado a los principios holográficos que rigen el funcionamiento de un sistema autopoietico.

Como se ha comentado anteriormente, la imagen del cerebro como sistema holográfico y, por consiguiente, autopoietico, es la que inspira la acepción considerada del concepto de organización que aprende, como lo aporta Aramburu (2000).

Por tanto hemos visto como el cambio y el aprendizaje finalmente son lo mismo, y aunque hay dos corrientes que incluso difieren de lo anterior, para nosotros, por la complejidad de las personas y del entorno en que se desarrollan, el cambio está presente en todo momento, lo que sí es importante es la concientización de la persona de la construcción de nuevos mapas mentales productos del conocimiento y aprendizaje realizado, en diversos bucles, para que esto se transforme en cambios de pensamientos y de acciones logrando así cambios en el comportamiento de la persona como consecuencia del aprendizaje adquirido.

Pero también, es necesario e importante muchas veces, desaprender malas prácticas, que al ser analizadas a través de los nuevos conocimientos y reflexiones, nos conduzcan a la construcción de nuevos mapas cognitivos, lo anterior como resultado del desaprender para volver aprender lo que la persona considera que es necesario reorganizar, y que se traducirá finalmente, en nuevos comportamientos, ya que al entender cómo puede interrelacionarse con los demás, cambiará sus acciones y por tanto podrá generar mayores resultados en su actuar, en la medida que las demás personas, que trabajan en la organización estén también realizando los mismos procesos, y de esa manera mejoren procesos que contribuirían a una mejora organizacional, producto de sinergias inteligentes y no sólo como producto de una unión de esfuerzos inconscientes.

Por tanto es importante recalcar la importancia de lograr y difundir el autoaprendizaje centrado en las personas, para que comprendan como se lleva este proceso en forma personal, y también como interrelacionarse, ya que eso ayudará finalmente a cambiar actitudes y por tanto dará paso al ver con otros anteojos la realidad y las interrelaciones con los demás.

Vimos también como las barreras e impulsores del aprendizaje, así como los procesos de cambio, a la luz de los principales autores que han estudiado este fenómeno, aportan elementos que han sido considerados como materia prima importante para el desarrollo de la investigación en el trabajo de campo, destacando en el caso de los impulsores al aprendizaje conceptos claves como cultura, estructura, ambiente, motivación, aprendizaje individual, nuevos modelos mentales, visión compartida, trabajo en equipo, aprender a aprender, entre otros.

Así mismo destacan, como barreras de aprendizaje y cambio, los hábitos y costumbres, intereses, necesidades, el miedo a lo desconocido así como la pérdida de seguridad y el estatus, todo ello producto de la incertidumbre y los propios modelos cognitivos que las personas poseen y que hacen percibir desde distintas ópticas, la realidad.

Por otra parte en cuanto a las formas de intervenir como consultor estamos de acuerdo con Larrasquet (2009) en el sentido de que el consultor dentro de su trabajo puede desempeñarse de diversas maneras, puede enseñar cuando propone un método para abarcar el problema y prescribe un camino propuesto por la doctrina y la experiencia; puede investigar sobre los temas en cuestión de manera solidaria con los ocupantes que realizan una actividad para mejorar y extender los límites de esa actividad; y puede resolver o ejercer su rol como consultor cuando busca proponer e inducir procesos para hallar soluciones eficaces a la problemática presente.

Generalmente en nuestro medio el acompañamiento o el coaching, por ejemplo, puede ser percibida como una forma de cuestionar la manera de conducir o dirigir las organizaciones, pero en realidad es una herramienta que brinda los elementos para tomar acciones que van en la dirección de contribuir a lograr esos cambios de comportamientos tan necesarios en nuestro entorno.

El coaching es sugerido cuando el consultor no quiere conocer un problema o una realidad específicos, sino contribuir a su solución. Los sujetos que son estudiados se vuelven colaboradores, cooperadores, durante todo el proceso: planteamiento del problema, recolección de la información, interpretación de la misma, planeación y ejecución de la acción concreta para la solución del problema, evaluación posterior sobre lo realizado, etc.

El objetivo principal de este tipo de investigación no es algo externo a la misma, sino todo lo contrario, ya que al estar orientado hacia el desarrollo, la liberación de los grupos estudiados, la concientización y por ende a la resolución de problemas.

Capítulo 3

3. Metodología

3.1. Introducción al capítulo

Hemos visto en el capítulo anterior del presente trabajo de investigación, el estado del arte, en la que se analizó, la evolución del pensamiento administrativo acerca de lo que es una organización, la importancia que tienen sus elementos, así como los procesos de aprendizaje y cambio, sus tipologías, lo que es una organización inteligente, el porqué y cuando realizarlo, que es lo que se tiene que cambiar, así como los problemas en la implementación del mismo.

Así mismo, hemos analizado la importancia de la investigación-acción, los distintos tipos de intervención y roles del consultor puede tener, todo lo anterior con el objeto de poder dar respuesta a nuestras preguntas de investigación presentadas en el primer capítulo.

El presente capítulo, tiene como objetivo presentar la metodología que hemos seleccionado para guiar la presente investigación.

Por tanto, de una manera más detallada, iremos describiendo el proceso de nuestra intervención y la aplicación de la metodología empleada, asimismo determinaremos los pasos que hemos seguido, los interlocutores que han podido intervenir, los métodos empleados, las herramientas utilizadas y las informaciones preliminares encontradas.

3.2. Enfoque y alcance

- **Investigación Cualitativa**

Un problema al que enfrenta en la actualidad la investigación en las ciencias sociales, tienen un fondo epistemológico, al discutir los conceptos ciencia y conocimiento, y la respetabilidad científica, de los resultados de la investigación, en este campo.

Es por ello que la investigación cuantitativa es empleada en recolectar y analizar datos cuantitativos sobre las variables investigadas, se encuentra basada en la utilización de corrientes de inducción, para que con el apoyo de métodos probabilísticos, se obtengan conclusiones de inducción probabilística del positivismo lógico, es considerada objetiva, las mediciones de las variables investigadas son controladas, lo cual va más allá de la inferencia de los datos, es deductiva, utiliza o emplea datos sólidos y que puedan ser repetibles, sus resultados son generalizables, y es empleada para confirmar las hipótesis o supuestos en las investigaciones.

En tanto la investigación cualitativa es lo contrario, es decir, evita la cuantificación, se centra más en la comprensión de los fenómenos a estudiar, es considerada como subjetiva, utiliza la observación como un medio natural sin control, emplea mucho la inferencia de los datos recogidos en el campo, es más bien exploratoria, descriptiva e inductiva, los datos que recoge

Metodología

son más bien profundos y enriquecedores, sus resultados no son generalizables. (Martínez, 2006).

Desde los inicios de la década los ochenta, en Latinoamérica, como en muchos países de habla inglesa, surge la investigación cualitativa como un campo de prácticas y conocimientos, en la que se consiguió una mayor difusión y se aplicó su consolidación en muchos campos de la actividad humana, como fue en el caso de la salud (Mercado, 2002).

Este tipo de investigación (la cualitativa en el campo de la salud), no se aplica de una manera uniforme en Latinoamérica, concentrándose su aplicación en Sudamérica particularmente Chile, Brasil, Argentina, Venezuela y en Norteamérica en México. (Mercado F. J., 2000)

Ruiz (1996), define

“la investigación cualitativa parte del supuesto básico de que el mundo social es un mundo construido con significado y símbolos, lo que implica la búsqueda de esta construcción y de sus significados. La investigación cualitativa equivale a un intento de comprensión global. Por muy limitado o reducido que sea el contenido del tema que aborda, éste es entendido siempre en su totalidad, nunca como un fenómeno aislado, disecado o fragmentado (visión holística y global)” (Ruiz Olabuenaga, 1996, págs. 11-80, 107-110).

Si observamos entonces, podríamos decir que el concepto tiene las siguientes características, es una investigación social, que busca resultados no a través de procedimientos estadísticos, sino que son explicados por el actuar de las personas, tratando de explicar la realidad.

Seleccionamos la investigación cualitativa utilizando el estudio de caso en virtud de que el presente trabajo, se encuentra orientado al estudio y comprensión, a través de la explicación y descubrimiento de los elementos que impulsan o detienen el proceso de cambio, en lugar de basarse en inducciones probabilísticas, mediante mediciones controladas, y si en cambio, utilizar observaciones naturales, en las que de la información recabada se infieran los datos y no más allá de los datos, ya que al tratarse de una investigación exploratoria, inductiva y descriptiva, se encuentra más orientada al proceso, que a los datos, y en la que los resultados originarán conclusiones que partirán de una realidad dinámica en constante movimiento, y en la que se evitarán las generalizaciones.

Será por tanto una investigación cualitativa en la que nos apoyaremos en un estudio de caso y en los resultados de esa intervención como investigadores pero en la que actuaremos también como consultores, empujando la investigación-acción como herramienta de trabajo en el sector salud y particularmente en el Hospital.

Las preguntas de investigación (planteadas en el primer capítulo), se encuentran dirigidas hacia el estudio de un fenómeno en el entorno en el que éste ocurre –el cambio en el seno de una

Metodología

organización–, considerando de alta importancia los aspectos subjetivos de la conducta de los individuos sobre las características objetivas –las interacciones entre los aspectos materiales y organizativos y las representaciones mentales de las personas–. Por tanto, siguiendo las pautas de Ruiz, (1996), la investigación cualitativa es más conveniente. Además, mediante la misma, conseguimos entrar en el proceso estudiado, reconstruir los conceptos y acciones de tal proceso, y describir y comprender los aspectos por los que los individuos actúan de una u otra manera.

Por otra parte, nuestros objetivos de investigación cuentan con dos características que señalan la utilidad de la metodología cualitativa. La primera de ellas es que se trata de analizar un fenómeno, el proceso de cambio organizativo, que se produce a lo largo de un período de tiempo, y esta metodología está especialmente indicada para el estudio de fenómenos de carácter dinámico en los que se considera el propio proceso como el objeto de análisis Hurley (1999). Por otro lado, Van den Ven y Poole (1990), destacan, de entre los diferentes campos de estudio, los procesos de cambio organizativo como un ejemplo evidente donde la metodología cualitativa, y en concreto el método del caso, son particularmente apropiadas.

Sin tener la intención de explicar o presentar de una manera exhaustiva, los métodos más utilizados en las investigaciones cualitativas son los siguientes: la teoría fundamentada (Dachler, 1997), los grupos de discusión (Lee, 1991), las entrevistas en profundidad (Filck, 1998), la observación participativa (Taylor S. &, 2000), y el estudio de casos (Yin, 1994).

La teoría fundamentada es la traducción del término anglosajón *grounded theory* y supone una metodología de investigación altamente utilizada cuando se pretende generar teoría⁴.

Los grupos de discusión en las que se puede apoyar la investigación de tipo cualitativo, sobre todo cuando interesa conocer la percepción de los sujetos de estudio en una población que tiene acerca de un determinado concepto, hecho, institución o programa.

Las entrevistas en profundidad como método de investigación se refieren a la serie de encuentros cara a cara entre el investigador y el actor con el ánimo de recolectar información en la que el sujeto entrevistado expone su definición personal de la situación en cuestión. Los encuentros se dirigen con la intención de orientar a recabar información para el investigador acerca del tema que investiga, debe darse en un ambiente adecuado.

Nuestra investigación recurre al estudio de caso, puesto que éste permite estudiar un fenómeno como un proceso dinámico y dentro de su contexto real, pero auxiliándose como estrategia de las demás métodos mencionados anteriormente. Además, es un método altamente recomendado cuando se pretende generar proposiciones susceptibles de ser contrastadas a través de estudios posteriores (Rodríguez, 2003), (Yin, 1994).

⁴ Para un análisis más profundo de la misma ver (Strauss, 2002).

- **Investigación-Acción**

Definir el concepto de Investigación-Acción no es fácil, ya que existen diferentes maneras de hacer, percibir, describir e interpretar el concepto, ya que es utilizado con gran variedad de usos y sentidos, y no se disponen de criterios generalmente aceptados para poder delimitarlo.

Por lo general este tipo de intervención se aplica en el área social con el objeto de poder conocer las conclusiones y no de tener una participación activa en el proceso o en los resultados.

La decisión de grupo y compromiso con la mejora es la base de esta investigación cuyo iniciador fue Kurt Lewin, en la década de los 40 del siglo XX. Lewin describía a la investigación acción como una espiral de pasos: la planificación, establecer e implantar las ideas mediante acciones, y evaluar los resultados.

La I-A tuvo desde Lewin, diversas aplicaciones surgiendo la I-A participativa, la IA ligada a los cambios y transformaciones en los procesos educativos, y la I-A pedagógica relacionada con el trabajo o la práctica de los profesores. La IA participativa ha sido desarrollada principalmente en la Sociología, y surgió posteriormente esto es hacia la década de los 60, posteriores a los otros enfoques. (Restrepo, 2002).

Los elementos importantes que tienen una fuerte presencia son por una parte, la mayor participación de las personas involucradas en tal intervención y por la otra la apropiación del proceso en función a sus propios intereses y necesidades, dentro de su contexto socio cultural como lo han señalado Freire y Barreiro (1974), entre otros, así como los resultados por parte de la comunidad del hospital involucrada.

Así mismo se van generando cambios al investigar ya que la objetividad se va construyendo teniendo como base la reflexión crítica enfocada o centrada en los sujetos de la acción que se hayan determinado en nuestro caso los ejecutivos o principales responsables en la dirección del hospital, así como la autoreflexión como consultor en el proceso de intervención, y de esta manera ayudar a que los sujetos investigados se apropien del conocimiento de su contexto y realidad por medio del análisis y la transformación o no que se hubiera realizado en la comunidad del hospital.

Por tanto los sujetos seleccionados en la investigación –esto es los actores del caso- han sido observados como personas que tienen la capacidad de autogestionarse, con capacidad de discernir, de poder transformar, de actuar, organizar y planificar procesos que apoyen y favorezcan formas de participación activa en la operación y gestión del Hospital.

La Investigación – Acción, no es sólo investigación, ni sólo Acción, implica la presencia real, concreta e interrelacionados de la Investigación y de la Acción e inmersa en esta última. Tiene un doble propósito acción para cambiar las organizaciones y de investigación para generar

Metodología

conocimiento. Es una metodología que lleva a comprobar las ideas y conocimientos en la práctica, con la intención de mejorar las condiciones sociales y de poder incrementar los conocimientos (Latorre, 2005).

Se diferencia de otras investigaciones porque requiere de al menos una acción como parte integrante del proceso de investigar, es una investigación sobre la persona, en el sentido que los profesionales investigan y se cuestionan sus propias acciones.

Por tanto podemos intentar enunciar algunos rasgos de la Investigación-Acción inmersos en el presente trabajo que hemos podido identificar

Las principales características de la Investigación-Acción son las siguientes:

- Participativa.- Las personas trabajan con el objetivo de mejorar las formas de realizar su trabajo, no hay que olvidar que este tipo de investigación siguen en espiral continua un proceso establecido por Lewin y que luego fue enriquecido por diversos autores llegando a la conclusión de que es un proceso en espiral de ciclos de planificación, acción, observación y reflexión. (Kemmis & Mc Taggart, 1998)
- Colaborativa y creando comunidades autocríticas.- Las personas se involucran y colaboran a lo largo de todo el proceso.
- Proceso sistemático de aprendizaje.-Orientado a la práctica.
- Registra, recopila, analiza, nuestros pensamientos, reacciones y percepciones de lo que ocurre en nuestro entorno, y realiza con la información generada un análisis crítico de lo que sucede.
- Inicia con pequeños cambios y las acciones van avanzando progresivamente
- Se inicia con pequeños ciclos de planeación, acción, observación y reflexión avanzando continuamente (Latorre, 2005).

Por una parte es colaborativa en virtud de que se realizó con un conjunto de personas relacionadas o implicadas que colaboran en el hospital y que se involucró con el proyecto aquí presentado, colaborando con el proyecto, para en un futuro seguir desarrollando conocimientos que les permitan tener un impacto en sus centros de trabajo, ya que lamentablemente muchos de ellos ya han dejado al momento de redactar esta parte del documento. Todos los actores fueron incorporándose por etapas como veremos más adelante.

De aquí que emerge otra característica importante que es la participación, ya que el personal del Hospital, se encontró siempre a disposición, a través de su asistencia y participación activa al diplomado que se diseñó e impartió, integrándose a la red de consultores en salud que se creó, consintiendo a las pláticas y entrevistas que se solicitaron, a ser observados, a proporcionar sus reflexiones y a poner en práctica en todo momento lo discutido y posteriormente analizado, lo anterior con las limitantes existentes, como consecuencia de las costumbres, formas y modos de hacer las cosas en nuestra región.

Metodología

Es así que de una manera paricipativa y colaborativa, se desarrolló un sistema de autoaprendizaje y autogestión, que en nuestra opinión ha contribuido a observar mejoras como veremos en el caso.

En nuestra práctica como consultor, también existió un proceso *de* autoaprendizaje y autogestión, ya que tanto a los actores involucrados en el caso, como nosotros en nuestro rol de consultor, logramos poner en práctica, las ideas, los supuestos, comentados previamente en el capítulo anterior, así mismo se generaron procesos y comunidades *de* autocrítica, autogestión y autoaprendizaje por un lado en el Hospital, por el otro, tanto con los integrantes de la red de consultores “Consultores en Red para el Análisis y la Asistencia al Sector Salud”(CREAASS), como también dentro de nuestro propio equipo de trabajo el cuerpo académico denominado CREAANLO (Creación, Asistencia y Análisis de las Organizaciones).

Este proyecto fue apoyado, con la inserción de la figura de aval ciudadano, (figura explicada en el capítulo 4), y el departamento de calidad que fue creado, en el Hospital, como consecuencia de los resultados de la intervención (departamento que existe todavía, que por cierto a pesar de los cambios sufridos en el Hospital como veremos más adelante, tanto de las personas, como de las autoridades y estructuras), se lograron pequeños cambios progresivos que permitieron al Hospital lograr ser el primer Hospital en ser acreditado como consecuencia de los cambios en las formas de pensar y hacer las cosas.

Así mismo, nos permite registrar, recopilar y analizar nuestros propios juicios, reacciones e impresiones en torno a lo ocurrido, se generaron diarios personales donde se registraron nuestras reflexiones y se fueron incorporando hallazgos (serendipidez), como resultado del proceso de intervención, así como del actuar de los involucrados.

- **Estudio de caso**

Estamos de acuerdo con Yin (1994), en la afirmación de que la investigación empírica que estudia un fenómeno actual dentro de un entorno o contexto real, cuando los límites entre el fenómeno observado y ese entorno no se perciben como evidentes y se utilizan muchas evidencias, es el estudio de casos y también con Hartley (1994), en el sentido de se obtienen o recogen datos, durante un período de tiempo, se analizan junto con los procesos implicados en el objeto de estudio, considerando el entorno donde se produjeron los hechos.

Tal y como hemos planteado, nuestro objetivo es utilizar el estudio de casos como un paso previo, exploratorio para una investigación cuantitativa posterior, de modo que perseguimos obtener del mismo un conjunto de conclusiones a contrastar posteriormente en una muestra más amplia de hospitales. El estudio de casos es utilizado para poder intentar construir o desarrollar teorías emergentes u originales, y su utilidad para construirlas, este planteamiento coincide con lo dicho por Hartley (1994), con Eisenhardt (1989) y Pérez Aguiar (1999) (2000).

El caso del Hospital que aquí se presenta por tanto corresponde según la tipología de Yin (1994) a uno de tipo exploratorio, ya que se considera es el apropiado para definir o formular las preguntas que se hacen de la manera más concreta posible, así como desarrollarlas, aislando los elementos o las variables clave y también para poder observar o ser el camino para lograrlo de las conexiones, desarrollar distintos enfoques, proponer y seleccionar diversas prioridades que pueden darse en futuros estudios.

Tomando en cuenta que es un caso exploratorio, y como tal es un método de investigación piloto (no deseamos entrar en la clásica discusión de si el estudio de caso es un método o una metodología) coincidiendo con la postura de Rialp (1998), y también apoyándonos en la de Bonache (1999), en el sentido que ambos conceptos –método y metodología-, son utilizados indistintamente como sinónimos al utilizar el sendero para hacer ciencia-conocimiento, tomando como base la experiencia, y considerando que es el primer paso para contrastar en otros estudios posteriores.

El alcance que tendrá el presente trabajo de investigación será exploratorio porque examina un problema poco investigado y estudiado, particularmente en nuestro país; es descriptivo, porque representa situaciones, eventos y hechos (Hernandez, 2003), También será explicativo porque está dirigido a explicar las causas, de los eventos, sucesos, (Hernandez, 2003).

3.3. Diseño de la investigación

Como toda investigación, el presente trabajo no es la excepción, tiene que tener un diseño expresado claramente. (explícito o implícito), y ese diseño procurará conectar de una manera lógica los datos que se obtengan con las preguntas iniciales a investigar y los resultados o conclusiones, por lo tanto, estamos de acuerdo con el estudio de caso que plantea Yin (1994), asimismo el diseño de la investigación consiste en describir el plan de acción que nos llevará desde el planteamiento inicial y mediante pasos descritos (la obtención o recogida de datos y su reflexión y análisis), llevarnos a las conclusiones.

Por tanto, el diseño según Yin, debe constar de cinco elementos importantes como son las cuestiones a estudiar, las proposiciones del estudio, la unidad de análisis, la lógica que vincula datos y proposiciones, y los criterios para interpretar los resultados.

En nuestro caso podríamos entonces repetir las cuestiones a estudiar y serían dar contestación a nuestras preguntas de investigación:

¿Cuáles son las palancas que impulsan el cambio, cuales son las resistencias y frenos para implementarlo en una organización hospitalaria, y que tipo de actuación se puede aconsejar a los encargados o directivos?

¿Qué elementos de método y herramientas pueden estar a la disposición del consultor para acompañar los procesos de cambio en hospitales, y que tipo de actuación se puede aconsejar a los consultores?

Es importante conocer cómo es el proceso de cambio o si no lo hubo en el hospital, que factores lo dificultaron o facilitaron, ya sea el inicio o no del desarrollo de los aprendizajes individuales o de grupo, qué papel juega el consultor en los aprendizajes o desaprendizajes y en los procesos o resultados de cambio.

El propósito del estudio que se presenta es analizar las etapas que atravesó el hospital, estudiar los factores de resistencias o impulsores de esos aprendizajes (individual o colectivo), una vez iniciado el proceso, si se culminó el proceso de aprendizaje-desaprendizaje, cambio, examinar si la dirección del hospital contribuyó a una gestión participativa tanto en los procesos como en los resultados, por tanto las unidades de análisis son los aprendizajes-desaprendizajes tanto individual como colectivo y el proceso de cambio, sus elementos asociados al hospital y ver como todas la información y datos recogidos se conectan o no con las diversas teorías de cambio y aprendizaje que hemos visto en anteriormente. Todo lo anterior buscando no generalizar los resultados observados, sino tratar de proponer una base de análisis que permita ver una perspectiva distinta la gestión de hospitales en relación al cambio y el actuar del personal y del consultor, en nuestra región geográfica en estos tiempos.

Estamos de acuerdo con Ruiz (1996), en el sentido que la validez del constructo es hacer referencia la credibilidad que pueda tener una investigación, en cuanto a que alcanza su verdadero objetivo. Por ello con el objeto de darle validez al constructo hemos en el presente trabajo evitar introducir juicios subjetivos durante la obtención y recogida de los datos.

De acuerdo con Yin (1994), para aumentar la validez se intentó también utilizar diferentes fuentes de evidencia, e intentar conseguir o construir una cadena de la misma al recabar la información, la triangulación, la observación, o el control del informe final por parte de los actores-investigados o invitados.

En nuestra investigación, es tener, validez de los constructos a través de:

- a) La definición de los aspectos a estudiar –los aprendizajes-desaprendizajes, el proceso de cambio, las resistencias y las palancas que ayudan al mismo– gracias al marco teórico descrito en el capítulo 2, del presente trabajo⁵.
- b) El uso de múltiples fuentes de evidencia –entrevistas en profundidad con distintos miembros de la organización, análisis de diversos documentos relacionados con las acciones realizadas

⁵ Principalmente lo dicho por Argyris y Senge en cuanto al aprendizaje y desaprendizaje así como impulsores y resistencias; en cuanto al conocimiento lo expresado por Nonaka y Rumelt y Pardo en cuanto a impulsores y resistencias al cambio.

con el objetivo de poder determinar si hubo o no aprendizaje-desaprendizaje, cambio, impulsores o palancas, así como la opinión de ejecutivos y expertos de otros hospitales del sector estatal de la salud–, nuestra propia observación y análisis, así como durante la preparación del presente trabajo de la asesoría del Dr. Jean Michel Larrasquet y revisar nuestros borradores y trabajo realizado.

c) La triangulación de los datos⁶, en este caso entrevistando no solo al personal del caso estudiado, sino también a ejecutivos de otros hospitales, sino también a personas expertas, en el área y con conocimientos del tema del cambio y sus resistencias e impulsores.

d) La revisión del informe final del caso de la organización analizada.

Para intentar demostrar que con la información y datos proporcionados, los pasos establecidos y el espacio y circunstancia similar obtendríamos los mismos, o mejor dicho similares resultados, al aplicar similares procedimientos de trabajo, es necesario el diseño y el desarrollo de un protocolo del estudio de casos como técnicas para incrementar la fiabilidad, cuestión que ha sido especialmente considerada en nuestro estudio y que describiremos posteriormente con detallar al presentar el protocolo del caso.

Para intentar dar coherencia o correspondencia, esto es darle la validez interna requerida entre las diversas categorías o conceptos que hemos determinado, pueden inferirse, y que acontecen en la gestión de hospitales en relación al aprendizaje-desaprendizaje, cambio, resistencia e impulsores, y también en el trabajo del consultor y su intervención, de acuerdo a lo establecido por Yin (1994), y en la que este criterio es aplicable en los casos de tipo explicativo, como el presentado.

Por último la validez externa se dará en la medida que el presente estudio pueda aportar información nueva que será empleada, y que podría ampliarse hacia otros trabajos de investigación, aplicándolo a otros hospitales y pueda validarse lo aquí propuesto y tener, por tanto, una teoría más amplia, y en su caso, obtener una mayor generalización.

3.3.1. Las herramientas aplicadas: observación y entrevistas

En las ciencias sociales se distingue usualmente entre encuesta, cuestionario, escala o inventario, pero para efectos de esta investigación denominaremos con el término de guía-cuestionario al formulario que nos sirvió de base para las entrevistas semiestructuradas que llevamos a cabo para desarrollarla, así como de los principales impulsores o resistencias al cambio y a los aprendizajes-desaprendizajes. El objetivo de esta guía-cuestionario ha sido dar coherencia y orden a las entrevistas, de modo que fuese posible obtener los datos necesarios

⁶ El objetivo de la triangulación de los datos es obtener información de diferentes fuentes pero que son complementarios, sobre el mismo tema, más que repetir u obtener resultados.

Metodología

para describir acertadamente e intentar contestar a nuestras preguntas de investigación que se pretendían estudiar.

El proceso de realización de la guía mencionada comenzó con la revisión de la literatura teórica existente para fijar, de ese modo, las partes fundamentales que le darán la estructura deseada de acuerdo a los temas comentados, en el capítulo 2 del presente trabajo, haciendo hincapié en autores como Argyris, Senge, Nonaka, Rumelt y Pardo, principalmente, centrándonos en cuidar y estar siempre atentos para no perder los temas aprendizaje-desaprendizaje individual, cambio, así como resistencias e impulsores de los mismos, con el objeto de centrar posteriormente nuestro análisis y reflexión.

A continuación, y tras analizar diversas investigaciones con temática afín, decidimos que era necesario construir nuestra propia guía *ad hoc*, dado que ninguno de los disponibles se adaptaba exhaustivamente a los objetivos que planteaba nuestro estudio, lo diseñamos y se pasó finalmente a las fases de la investigación que se plantean más adelante en el protocolo del caso.

La guía-entrevista (figura No. 5), es una ficha, que además cumple con la función de recabar información que posteriormente será analizada. Fue apoyada también con lo comentado en el anexo 9.

En virtud a que hemos diseñado la ficha guía-entrevista que permitió concentrar el trabajo realizado de las entrevistas realizadas⁷, en lo que se refiere a recabar la información de los actores del caso, que incluyeron a 29 entrevistados directivos, médicos, enfermeras, administrativos del hospital, así como a integrantes de “Consultores en Red para el Análisis y la Asistencia del Sector Salud” (CREAASS), formada por integrantes de las dos generaciones del Diplomado Internacional en Gestión de Hospitales⁸ para que mediante las entrevistas efectuadas, tratamos de contrastar y triangular lo observado en el hospital pediátrico en relación a los temas estudiados.

Por su extensión (serían más de 58 páginas inscritas y en muchos casos repetitivos), por tanto la síntesis de las fichas se presentan como anexos del presente trabajo y de las mismas se extrajo la información pertinente que será analizado, divulgado y discutido en el siguiente capítulo.

El diseño de la ficha resumida de cada entrevista, grabaciones y reuniones celebradas se realizó con el modelo de ficha, explicada en la figura 5, presentada anteriormente.

Técnicas adicionales de recopilación de la información

⁷ Por cada persona seleccionada se realizaron dos entrevistas.

⁸ Que en colaboración con nuestros colegas europeos de la red Erima-Proyectique-Tio, se impartió a 47 profesionales del sector salud en nuestra región, así como a directivos de hospitales

Metodología

Con el objeto de recopilar la información se emplearon también:

- Investigación documental (leyes, reglamentos, diversos documentos normativos, publicaciones, convenios celebrados y notas periodísticas, etc), con el objeto de conocer las regulaciones y acuerdos que afectan el desarrollo del Hospital, así como estar informado de lo que acontece en el sector y que pudiera afectar al mismo durante el trabajo desarrollado y poder darle, en su caso seguimiento,
- El manejo adecuado de las entrevistas, serán planteadas en el protocolo del caso.
- Observación como técnica complementaria para captar aspectos observables en las visitas realizadas al hospital, nuestras observaciones tambien fueron incorporadas al documento guía-entrevista y que posteriormente nos servirán para ser reflexionadas.

Parte 2		
1a y 2a Entrevistas a:		
Hallazgos que tienen relación con la tesis		
Transformación	(En estos recuadros se escribirán las ideas resumidas clave producto del análisis de las dos entrevistas realizadas con cada uno de los actores determinados.)	Mis observaciones y apuntes
Innovación		
Resistencias		
Impulsores o palancas		
Otros, Serendipidez, (descubrimientos)		

Figura No. 5 Guia entrevista y observaciones

3.3.2. Principales actores y objetivos

Visto a grandes rasgos la composición, estructura y condiciones del Sector Salud, tanto en el país como en la región así como lo que es el hospital objeto de estudio del caso que veremos, nos permitimos mirar con atención ciertos elementos como lo son: la determinación de los principales actores, los objetivos buscados y las estadísticas que del hospital pudimos obtener.

Es importante señalar que una fuerte limitación en México es el acceso a las entidades, y si se consigue, es porque se logra negociar o convencer a los interesados, la información aún así es muy limitada, ya que algunos aspectos considerados como estratégicos o claves de los procesos o acciones son consideradas confidenciales, más adelante volveremos a ver esta fuerte limitante para el accionar e intervenir como consultor y sobre todo como investigador. Pero podemos adelantar que es una fuerte resistencia de tipo cultural en nuestra región.

- **Actores.**

Definimos que los principales actores en el caso son las personas clave en la conducción y operación del Hospital de la Amistad, el cual a partir de ahora, cuando nos refiramos a él lo denominaremos como el HOSPITAL o HdA, esto es el conjunto de personas que constituyen el personal médico, los administrativos y personal –enfermeras, técnicos, intendencia, seguridad-, que tuviera a su cargo la responsabilidad de acuerdo a sus funciones, así como personal operativo –empleados- procurando en todo momento de entrevistarnos, observar etc., tanto al personal ejecutivo (directivo), como al personal operativo.

Asimismo con el objeto de cruzar la información establecimos reuniones de trabajo con expertos, ejecutivos y directores de hospital, del sector que han tomado el Diplomado Internacional en Gestión de Hospitales, –Master en Salud como parte del proyecto CREAANLO y que están establecidos en la red CREAASS formada y que también más adelante se comenta.

- **Objetivos**

Preguntas de investigación

Ante la problemática existente en el sector salud en México y particularmente en Yucatán, relacionada con la infraestructura suficiente ante los retos existentes como es el caso del cambio demográfico en la estructura y composición de la sociedad, la escasez de los recursos, el incremento de atención en las necesidades de salud, así como las maneras de gestionar los recursos, y al observar con mayor detenimiento cómo se realizan los procesos en la atención hospitalaria y su necesidad de tener que realizar las transformaciones necesarias para poder responder a los retos que se plantean a las organizaciones hospitalarias ante el entorno y perspectivas existentes.

El objetivo que perseguimos con nuestra investigación se centra en intentar contestar a las siguientes preguntas de investigación planteadas en el primer capítulo y recordadas anteriormente en el presente capítulo.

3.4. El trabajo de campo

3.4.1. Selección del caso

Un aspecto que se valoró y se consideró para poder decidir cuántos casos se realizarían en el presente trabajo y se tomaron en cuentas varias razones para determinar que un solo Hospital cuyo protocolo presentaremos más adelante.

En primer lugar si utilizamos la contrastación o comparación de hipótesis o la construcción teoría para resolver las preguntas planteadas en el presente trabajo (constructos), sobre los aspectos del aprendizaje, el cambio, sus impulsores o palancas y sus obstáculos o resistencias, así como poder ayudar a la reflexión del trabajo de un consultor, se requeriría que se tuviera facilidad de acceso, colaboración, comprensión y apoyo para poder intervenir como veremos más adelante.

Por otra parte Eisenhardt (1989), menciona que cuando son estudios explicativos, lo razonable es tener o contar con un número elevado de casos, aunque se dificulte la tarea por el volumen de datos y la complejidad en el manejo.

Si lo que estamos intentando demostrar y realizar es una comparación de un mismo contexto que impacta a una organización (hospital en este caso), para obtener una descripción del fenómeno a estudiar –esto es contestar las preguntas de la investigación-, las circunstancias de los hechos o acontecimientos y la estructura verdadera de los comportamientos de los individuos y grupos (comportamiento social), entonces estaremos de acuerdo con Dyer (1991), que establece y está a favor de un número reducido de casos, incluso por estudios de un solo caso. Incluso Balbastre (2001), concluye, siguiendo este razonamiento, que la selección de un número de casos reducido parece más apropiada cuando se persiguen fines exploratorios.

Además como menciona Rodríguez (2003), la capacidad de aprender sobre el objeto a investigar dependerá de que:

- a) Se tenga fácil acceso a la información necesaria, esto es, a los casos.
- b) Exista una alta probabilidad de que se dé una mezcla de procesos, programas, personas y/o estructuras relacionadas con las cuestiones investigadas.
- c) Se pueda establecer una buena relación con los transmisores de la información del caso
- d) Pueda el investigador desarrollar su papel durante todo el tiempo que sea necesario.

Metodología

e) Se asegure la calidad y credibilidad del estudio. (Rodríguez, 2003)

Teniendo en consideración lo anterior, en esta investigación hemos recurrido a analizar un caso.

Nos parece un número adecuado dado su carácter exploratorio, explicativo y descriptivo, puesto que una cantidad mayor nos impediría acercarnos al fenómeno con la profundidad deseada, a la vez que un solo caso nos aportaría una visión demasiado concreta de un único proceso de cambio, aunado a lo novedoso e innovador del tema en el sector en nuestro país y en nuestra región, particularmente.

En cuanto a los criterios de selección y teniendo en cuenta el marco teórico que sustenta nuestro estudio, consideramos apropiado ceñirnos a observar el proceso de cambio o no, que se haya dado en el caso observado.

Así, pretendemos poder profundizar el por qué sí o no se dio el proceso en el mismo y buscar la organización, el Hospital estudiado, de tal forma que nuestra capacidad de aprender de ella, sea de lo mejor posible, lo cual se plasma en las consideraciones, que más adelante se comentarán.

Esto sin obviar la dificultad en nuestro medio a que las organizaciones abran sus puertas para ser observadas e investigadas.

En primer lugar, el caso nos aportará una mayor información exploratoria y un tipo de cambio concreto, en donde cabe la pena recalcar que nos limitamos también a un mismo sector para realizar la investigación. A través de la observación, realizada en los últimos años, por parte del cuerpo académico "Creación, Asistencia y Análisis de las Organizaciones" (CREAANLO), hemos escogido el sector salud derivado de las necesidades de investigación y apoyo que éste requiere, condiciones propiciadas por el entorno económico, político y social de nuestra zona.

El ciclo económico, la pérdida del bono demográfico, globalización y más recientemente la crisis, han ejercido una influencia sobre el nivel de atención y requerimientos más exigentes ante las certificaciones y acreditaciones necesarias para poder subsistir, y que han llevado al sector a un clima de incertidumbre y por tanto que incrementa los riesgos de operación.

El tipo de cambio que se haya realizado dependerá, lo cual es algo muy circunstancial, pudiendo ser factible o no, provocando aprendizajes o desaprendizajes, y generando algún tipo de conocimiento, lo importante será observar y reflexionar sobre los elementos que pudiesen o no intervenir, así como de la identificación de aquellos aspectos que lo impulsen o no pero que permitirán obtener la información de la intervención realizada, el análisis realizado y las posibles recomendaciones como lo veremos en el capítulo de conclusiones.

El Hospital estudiado y seleccionado, tiene un tamaño conveniente antes de la introducción del posible cambio para poder analizar en ellas todos los aspectos que se pretenden y, en

Metodología

concreto, el número de trabajadores también se consideró suficiente para poder estudiar los elementos que intervienen en dicho proceso.

Persiguiendo un fácil acceso, elegimos una organización hospitalaria perteneciente a la red que se está formando (CREASS).

Por otra parte, en el rol de consultor, lo que ha sido importante dentro de la intervención como tal, ha sido el poder experimentar y vivir nuevas metodologías de intervención, aunado a la oportunidad de poder integrarse y ofrecer e impartir con la red europea Erima-Proyectique-Tio (la evolución y desarrollo del proyecto Alfa y CREAANLO), el diplomado internacional en gestión de hospitales que ha tenido ya dos versiones, en 2007 y 2009 con 47 participantes.

Así, la facilidad de acceso a la que aluden Rodríguez (2003), como característica para alcanzar una mayor capacidad de aprender, se consigue, en primer lugar, como facilidad geográfica y, en el segundo, desde el punto de vista de disponibilidad ofrecida por parte de la organización a analizar.

Siguiendo con las consideraciones que menciona Rodríguez (2003), constatamos que en otros trabajos realizados en organizaciones hospitalarias se da también una situación de cambio similar, pero bajo unas características diferentes, de modo que la capacidad de aprender se ve así facilitada y ayuda a la comparación.

En cuanto a la relación a establecer con los informantes, fue cordial y amigable.

La organización seleccionada producto de la red hospitalaria de colaboración producto de la intervención de nuestro CA (laboratorio) que en el apartado de información complementaria al caso, permitirá lo siguiente:

- Obtener un número adecuado de participantes que aportará información al trabajo de investigación.
- Permitir elementos motivacionales del personal del hospital involucrado para integrarse en el proyecto de la formación de la red CREASS.
- Facilitar la comunicación y acceso a la información al caso.
- Permitir colaborar como aval ciudadano y las funciones inherentes, lo cual también contribuirá al realizar las funciones asignadas como tal, tener más elementos de información y observación.

Por todo lo anterior, consideramos que el Hospital de la Amistad, es la organización más adecuada para trabajar el acercamiento al terreno.

Podemos comentar que se confirmó, durante el inicio del presente trabajo, y una vez expuestos los objetivos del trabajo de investigación, las autoridades que dieron vida al Hospital, que éste

Metodología

nos ha ofrecido facilidades para conocer toda la organización y aplicar las técnicas que hemos considerado oportunas.

Si agregamos a lo anterior, que en virtud del tiempo de trabajo desarrollado y que en estos últimos años nos ha permitido tener la información pertinente⁹, Estas facilidades se han hecho extensibles al tiempo necesario para alcanzar los objetivos de nuestra investigación.

Teniendo en cuenta las reflexiones anteriores, consideramos que la calidad y credibilidad del estudio a las que hacen referencia Rodríguez (2003) quedan garantizadas.

Concluimos este apartado enunciando el nombre de la organización estudiada para efectos de divulgación posterior es el Hospital pediátrico de la Amistad Corea-México o el Hospital de la Amistad.

En el apartado de información complementaria al caso, enunciaremos, por considerarlo pertinente e importante la descripción de nuestro CA CREAANLO (laboratorio), sus proyectos y el impacto en relación al cambio que se ha implementado también, así como la descripción de la red hospitalaria CREASS que ha permitido el poder realizar esta investigación.

Tanto para el diseño de la investigación anexo No 7, como el proceso de elaboración del caso anexo No 8 son presentados de una manera gráfica y sintética de lo realizado.

3.4.2. Protocolo del estudio de caso

El protocolo del caso es el instrumento que se utiliza para la recolección de información, incluyendo los procedimientos y las reglas generales a seguir en el uso del mismo. Por tanto, procedemos a describir qué pasos hemos seguido para realizar el estudio del caso seleccionado.

Fase 1.

Por lo que se refiere al procedimiento de acercamiento a la organización, se inició mediante un contacto telefónico con el director general, en el que se le expuso brevemente los objetivos de la investigación y se solicitó su colaboración, enviando un mail detallando la información, presentada por teléfono y concretando el tipo de colaboración que se solicitaba. La respuesta, fue positiva y fue definitiva.

Tras la confirmación por parte de la organización de su deseo de colaboración, se acordó la celebración de seis entrevistas iniciales con funcionarios y empleados de la misma.

La primera de ellas tendría lugar con el director general, tal y como sugiere Froham (1997) , en la misma se indagaría acerca de la organización, del cambio que había acontecido y de las personas que más se habían visto involucradas en dicho cambio. Así, se pretendía conocer mejor

⁹ Independientemente que por razones que también explicaremos más adelante, ya no están en funciones de director general, ni los principales funcionarios que dieron vida al proyecto del Hospital de la Amistad.

Metodología

la entidad a nivel global y la visión del cambio que se tenía desde la alta dirección. Tras esta entrevista, además, se solicitaría a la organización documentación que pudiese aportar datos e información que sirviesen de ayuda al estudio.

Las siguientes cuatro entrevistas se realizarían con cuatro directivos claves directamente implicados en el proceso de cambio estudiado, para poder profundizar en este hecho y para iniciar el estudio del estilo de dirección en la entidad (organización). En este sentido se seleccionó a los responsables del área médica y administrativa, enfermería y al encargado de calidad-innovación.

Las siguientes tres entrevistas iniciales serían con un médico, enfermera y administrativos de base (empleados), serían el siguiente bloque de entrevistas de la entidad seleccionada, persiguiendo aquí objetivos similares a los anteriores pero desde un punto de vista diferente – triangulación–.

Las dos entrevistas siguientes se realizarían a dos empleados de base, tomados al azar. La información a obtener de los mismos sería su visión del proceso de cambio, así como diferentes cuestiones encaminadas a conocer mejor el estilo de dirección de la entidad.

Un objetivo fundamental al recabar o recoger la información en todas las fases se refiere a estar muy atento, escuchar, observar, escribir, grabar todo lo que pueda servir para obtener datos en relación a las circunstancias personales y de actuación de cada uno de los actores y grupos, documentos que aunque no se hayan podido obtener evidencialmente, si fueron mostrados de una manera confidencial y que puedan ser útiles, comentarios etc., en relación a las preguntas de investigación, así como en los temas como cambio, aprendizaje-desaprendizaje, conocimiento, en el actuar de consultor, proceso de intervención, investigación-acción, que nos ayudará a centrar nuestras reflexiones y reporte final.

Fase 2

A continuación, el estudio continuaría con una segunda etapa o fase de entrevistas con el personal del Hospital iniciando la entrevista con el director general, en la que se le expondrían las conclusiones alcanzadas y se discutiría su acierto, aportando las consideraciones pertinentes.

La duración total de las dos entrevistas (dos horas cada sesión) se estableció en un máximo de cuatro horas, a excepción de la primera que se consideró oportuno prolongarla en quince minutos más ajustando el tiempo si era preciso, en la segunda. Todas las entrevistas se realizarían de forma semi-estructurada, a partir de la guía (figura 5), con la que se cuenta adaptándola ya sea a los mandos directivos o a los supervisores y trabajadores de base en su caso.

Fase 3

Metodología

Un segundo ciclo o grupo de dos entrevistas con cada uno de los cuatro expertos que forman parte de la red CREAASS en primera y segunda rondas, con el objeto por un lado de iniciar a triangular las percepciones involucradas en el sector, así como su visión basándose en los conocimientos, experiencias y conocimientos y por tanto sus opiniones son valiosas e importantes sobre los temas o tópicos que se están estudiando.

Fase 4

Un tercer grupo de entrevistas se realizó con los directores o principales ejecutivos de siete hospitales que tomaron el DIGH, en una primera entrevista fue de una manera libre en cuanto a su perspectiva de lo que sucede en lo relacionado a los temas a investigar.

Fase 5

Una técnica DELPHI aplicada a integrantes de la segunda generación de la formación en gestión de hospitales que se utilizó con el objeto de observar las principales impulsores e inhibidores del cambio, así como sus experiencias en los procesos de transformación y trato con consultores o asesores.

Las guías-cuestionarios fueron diseñadas de manera que permitiesen recoger información respecto a las etapas que hubiesen atravesado la organización en los cambios, las resistencias los impulsores, los aprendizajes-desaprendizajes que se hubiesen encontrado, el tratamiento que se le hubiese dado a determinados factores que veíamos en la literatura que podrían ser facilitadores, los resultados del cambio.

El total de entrevistados fueron 29 personas entre directivos, médicos, enfermeras, administrativos, directivos de hospitales, integrantes de la red CREAASS y egresados del Diplomado Internacional en Gestión de Hospitales. Realizando por tanto un promedio de dos entrevistas con cada uno de ellos. La ficha-guía de la entrevista se presenta en el anexo No. 9.

Cada una de las entrevistas ha sido transcrita, de las grabaciones con que se cuentan, asimismo se llevó una bitácora diaria de los periodos de observación, así como dentro de esa bitácora se estableció una sección de serendipidez que luego nos ayudó en los procesos de análisis y reflexión del caso, de modo que existe un documento para cada una de las mismas que incluye el nombre de la persona entrevistada, su posición y antigüedad en la empresa, así como su formación y el número de subordinados que se encuentran a su cargo. También se recoge la fecha en que se realizó la entrevista, la duración y las observaciones del entrevistador. La síntesis de las entrevistas realizadas se presenta en los anexos Nos. 10 al 17 inclusive

3.4.3. Información complementaria.- CREAANLO, su desarrollo y su relación con el cambio y con el Caso.

Ante la imposibilidad de iniciar por causas ajenas a nuestra voluntad el Doctorado en Administración, con anterioridad, la respuesta personal fue invitar a un grupo de académicos convencidos de la forma de trabajar en asociación y convencidos de establecer y trabajar en equipo, con el fin común de aportar nuestros conocimientos, experiencias, relaciones y en general capacidades disponibles, en el desarrollo profesional (de preferencia con práctica profesional independiente) y académico de sus integrantes que aportaran o contribuyeran a nuestra comunidad y las organizaciones inmersas en ella, lucrativas o no que administren recursos a las soluciones a sus necesidades, dentro de los lineamientos institucionales establecidos de tal forma que pudieran conjuntarse por un lado la experiencia profesional de asesores/consultores de organizaciones y por otro lado la experiencia académica de sus integrantes.

Esto trajo como consecuencia primero, el tratar de convencer a aquellos amigos y académicos con dicho perfil y que estuvieren de acuerdo con la misión del mismo grupo que germinó en la solicitud a nuestro organismo incipiente denominado Academia (conjunto de Cuerpos Académicos existentes en nuestra Facultad) y la aprobación (en Junio de 2005) –apretada por cierto dado los intereses humanos existentes- de un nuevo Cuerpo Académico denominado Creaación, Asistencia y Análisis de Las Organizaciones (CREAANLO), cuyos objetivos principales son los siguientes:

- Contribuir y estar comprometido con los objetivos institucionales,
- Cumplimiento de las funciones sustantivas que realizan los integrantes del cuerpo.
- Congruencia de las actividades profesional y académica de los integrantes con la Institución
- Apoyo al establecimiento del Doctorado
- Formar e integrar redes académicas interinstitucionales e internacionales
- Lograr el nivel de consolidación del Cuerpo Académico,

Teniendo como objeto común de estudio la “Transformación e Innovación de las Organizaciones (TIO) para ser aplicado mediante el modelo de trabajo “consultoría-investigación-formación” en los sectores productivos y de servicios de la comunidad, teniendo como estrategia inicial abarcar los sectores más representativos de la economía regional como son: salud (concretamente gestión de hospitales), turismo (concretamente gestión de hoteles y/o agencias de viaje), construcción particularmente constructoras), educación (universidades públicas o privadas y sus procesos de gestión educativa), industria y comercio.

La idea es que con el tiempo se tengan varias líneas de investigación (creación, estudios y análisis, asistencia – consultoría-) que mediante el modelo diríamos estratégico de consultoría-

Metodología

investigación-formación (Red Alfa-Cambio 2004-2006), permita vincular a la Universidad con los sectores productivos y de servicios que requiere en este caso nuestra Entidad y que se contribuya de ser posible con el desarrollo de comunidades, sin olvidar –reiteramos- con la formación del factor humano y generar y/o aplicar conocimientos, mediante una vinculación estratégica con las organizaciones, utilizando para ello la triple hélice de colaboración empresa-gobierno-universidad.

Dado nuestro carácter y vocación de conseguir una fuerte vinculación con el área de tecnología –los ingenieros- y con el exterior –nuestra red incipiente con colegas europeos y mexicanos en principio- han reafirmado nuestra convicción de contar con líneas de aplicación innovadora del conocimiento y desarrollo tecnológico en lo posible, mediante modelos, con colaboraciones y cooperaciones multidisciplinarias –los médicos, enfermeras, ingenieros civiles, químicos, antropólogos, psicólogos, en principio- las cuales se orientan principalmente a que se pudieran generar, asimilar, transferir o crear o mejorar tecnologías; atendiendo necesidades de los distintos sectores principalmente los atendidos por nuestra Universidad Autónoma de Yucatán por medio de su Facultad de Contaduría y Administración y que en nuestro caso atiende al sector de las organizaciones hospitalarias.

Es por ello que hemos escogido, alrededor de nuestro eje principal objeto de estudio la “Transformación e Innovación de las Organizaciones” (TIO) impulsar estos conceptos que para nuestro medio pensamos puede aportar innovación en los aprendizajes y en la gestión de las organizaciones.

ALFA CAMBIO

El proyecto Alfa, programa europeo que financió un proyecto de vinculación para la integración de una red intercontinental en la que intervinieron los socios-colaboradores y en la policulturalidad de la red proyectada (Francia, Reino Unido, España, Alemania, Cuba, Brasil, México), eligió una temática altamente congruente con la finalidad del Programa Alfa, logrando a través de la red Proyectica (actualmente ERIMA-Proyectique-Tio), la promoción de la cooperación dentro de la enseñanza superior, sobre el desarrollo económico y social, y logrando con ello propuestas de mejoría en la formación del recurso humano altamente calificado, así como propuestas y acciones concretas de cooperación en materia de gestión institucional y en materia de formación científica y técnica.

En lo que se refiere a las disciplinas aplicadas a las empresas y organizaciones, las universidades deben implicarse, particularmente sobre las modalidades de la Investigación-Acción y de Formación-Acción, en la puesta en marcha y acompañamiento del cambio organizacional, de la gestión de la innovación y de los conocimientos, y del aprendizaje.

Esta constatación y esta voluntad las comparten los diferentes colaboradores; la riqueza del proyecto estriba en la experiencia capitalizada. La apertura de esos nuevos campos de

Metodología

aplicación, las miradas diferenciadas, debería permitir cuestionar, en función de la ecuación cultural de cada colaborador, las metodologías subyacentes a las prácticas de la conducta del cambio organizacional en Europa occidental y construir en común modalidades que den cuenta de las particularidades de cada espacio de referencia.

ALFA CAMBIO se ha convertido en una chispa motora, que ha dado inicio a una la consolidación de una propuesta, “no nueva”, pero poco difundida y aplicada en América Latina, los vínculos interactivos EMPRESA-UNIVERSIDAD. Este proyecto ha promovido el trabajo conjunto y un interés colectivo a través de una Red.

Los socios-colaboradores de universidades europeas disponen hoy de una experiencia tangible en el campo de la intervención en las organizaciones, en el marco de la formación, inicial y continua (particularmente formación-acción), de la transferencia (consejo) y de la investigación (investigación-acción) ; por su parte, los socios-colaboradores de América Latina supieron desarrollar un conjunto de experiencias originales que merecen ser formalizadas, nutridas de las reflexiones sacadas de la comparación con las prácticas europeas y capitalizadas.

De este trabajo común debería de emerger una ingeniería de prácticas más eficaces y mejor adaptadas al contexto. El trabajo en común alrededor de estas problemáticas alimentará la reflexión y favorecerá una investigación metodológica y continua adaptada, particularmente dentro de una lógica de desarrollo sostenible para los países de América Latina.

Esta reflexión multicultural debería también permitir a los europeos enriquecer sus modelos de cooperación y sus prácticas de incorporar un valor agregado al Recurso Humano de alto nivel, a través de herramientas gerenciales novedosas, probadas en empresas de todo nivel, orientación y sistema organizacional, y resultantes de procesos de investigación gerencial.

Esta Red ha utilizado a sus actores, tanto directos como indirectos (principalmente a sus observadores preseleccionados) como puentes primarios para la promoción de la Cooperación, en primera instancia, dentro de sus Centros de Enseñanza Superior, para una posterior difusión a otros Centros de Estudio y de trabajo. Su objetivo primario: incorporar un valor agregado al Recurso Humano de alto nivel, a través de herramientas gerenciales novedosas, probadas en empresas de todo nivel, orientación y sistema organizacional, y resultantes de procesos de investigación gerencial. Esta propuesta de intervención bilateral es la que puede eventualmente dar sostenibilidad tanto a los Centros de Enseñanza como a las Empresas.

Es decir, a los Centros de Enseñanza Superior, ya que, de no ofrecer un producto que se adapte a las condiciones cambiantes de los mercados cada vez más orientados a la indefinición de fronteras y las Empresas, de no contar con un Recurso Humano capaz de ajustar la relación in-out de las empresas, están definitivamente destinadas a desaparecer, dando oportunidad al surgimiento de nuevos negocios capaces de entender estas relaciones.

Metodología

ALFA CAMBIO ha dado inicio con 6 Universidades Europeas y 3 Universidades de América Latina, para un total de 6 países (Alemania, España, Francia y Cuba, México, Brasil), en una relación de iguales por Continente, sin embargo ha tenido la importante iniciativa de incorporar desde su nacimiento, no concebido en la Propuesta del Proyecto, a dos países adicionales como observadores (Venezuela y Costa Rica).

Esta interesante iniciativa ha logrado un efecto sinérgico inmediato, permitiendo que la promoción se extendiera también a Centro América, logrando dejar semillas sembradas en Norte, Centro y Sur América, que al parecer, inicia pronto un proceso exponencial de diseminación proactiva.

Como resultado del trabajo de nuestro Cuerpo Académico, y la Red Erima (European Research in Innovation and Management Alliance), se estableció un proyecto financiado por ECOS-Nord-ANUIES-CONACYT denominado MAIA (Metodologías y Apoyo en Investigación Aplicada en gestión de las organizaciones (intercambio, transferencia y formación) que dio como origen a otros dos proyectos auspicio dos proyectos el proyecto doctoral de la cual esta tesis forma parte y el “Diplomado Internacional en Gestión de Hospitales”, en las que ya han participado 48 participantes, con los perfiles de las clínicas y Hospitales de la región tanto del Sector Público como del Privado, en la que están representados 17 hospitales, y el perfil de participantes ha sido conformado por médicos, administradores, economistas, trabajadoras sociales, dentistas, químicos, contadores públicos, licenciados en administración de empresas, mismos que también han formado una red de colaboración denominada CREAASS (Consultores en Red para la Asistencia y el Análisis del Sector Salud) con cobertura incipientemente regional.

Este grupo por tanto ya tiene la información estandarizada de lo que se concibe como innovación, transformación y las diferencias con las formas de gestionar y procesos hospitalarios en México con respecto a las nuevas formas de organizarse, procesos, y formación de equipos de trabajo para impulsar lo que podría denominarse el aprendizaje organizacional, y por tanto la generación de un capital intelectual dentro de las organizaciones hospitalarias. Este grupo se ha considerado por tanto para efectos de la investigación planteada, como otra fuente importante de opinión para los fines establecidos.

Asimismo dicho proyecto generó el 1er Foro para la Transferencia e Innovación en las Organizaciones que se celebró en 2009 con la asistencia de 105 personas, 18 ponencias, y mesas de trabajo en la que participaron empresarios, directores de hospital, académicos y consultores. En diciembre de 2010 se llevará a cabo la segunda versión.

Todo este cúmulo de experiencias en las que ha estado presente de manera representativa el sector salud nos han arrojado adicionalmente en el campo información que complementa el estudio de caso del hospital presentado.

El procesamiento de los datos

Metodología

Por otra parte en nuestro caso, diseñamos la matriz que a continuación se presenta con el objeto de recopilar información del campo, y además, iniciar la contrastación, observación, análisis y ayuda para establecer los comentarios, recomendaciones y sugerencias que se presentarán en el capítulo siguiente. La matriz diseñada es la siguiente:

Modelo de la matriz de contrastación de la teoría, lo observado y reflexiones de lo observado					
Autor	Hospital	Mis notas, que observé	Que recomiendo		
Organización, arreglos			Consultor	Ejecutivos	Generales
Cambio.					
Aprendizaje, conocimiento					
Barreras del aprendizaje					
Impulsores					
Intervención					
Elaboración propia, que recopiló 29 comentarios					

Si observamos, están clasificados los temas claves propuestos por los diversos autores vistos en el marco teórico (capítulo 2), y en las siguientes tres columnas, servirán, para describir el comentario respectivo que se juzgue oportuno realizar, o la sugerencia o recomendación pertinente o que más adelante puedan servir. Se recabaron las ideas y comentarios claves realizados en las entrevistas, incluyendo nuestras observaciones y lo que sería pertinente

recomendar, ya sea a los consultores o a los ejecutivos, así como de tipo general relacionándolos con los temas establecidos en la teoría a observar.

Como se comprenderá, como resultado del trabajo realizado, la dimensión de la matriz generado tiene una dimensión desproporcionada, (demasiado grande), para ser presentada de una manera que permita su correcta apreciación, pero existe y obra en poder del investigador..

3.5. Limitaciones en la recolección de los datos

En este apartado es importante tener en cuenta las siguientes circunstancias, algunas de las cuales han limitado la profundidad que hubiéramos deseado en la recolección de datos.

Podemos dividir en el tiempo, en dos etapas la intervención como investigador-consultor del Hospital.

La primera etapa abarcó el periodo comprendido de enero de 2006 a junio de 2009, la segunda etapa fue de junio a diciembre del mismo año.

En la primera etapa es cuando se realiza (mediante la estrategia del programa de aval ciudadano en septiembre de 2006) el trabajo de intervención, formalizándose procesos y procedimientos a partir de enero de 2008 y en la actualidad evaluándose la posibilidad de abandonar la figura e intervención en el Hospital.¹⁰

En esta primera etapa tanto el director como sus principales colaboradores colaboraron plenamente y dieron todo tipo de facilidades a la realización del proyecto. No se tuvieron realmente limitantes.

En esta primera etapa se crea el departamento de calidad (que en realidad bien pudo haberse denominado de cambio e innovación), el cual se encargo de dar seguimiento a las observaciones del programa Aval ciudadano y a las observaciones realizadas en la intervención. El departamento de calidad por cierto fue creado como resultado de la participación de 6 integrantes del Hospital en el Diplomado Internacional en Gestión de Hospitales impartido como parte de las acciones y de la intervención.

Este departamento tuvo a su cargo y responsabilidad lograr la acreditación del hospital que se logró en el primer semestre del año 2008, siendo el primer hospital del sector en obtenerlo.

Por otra parte en la segunda etapa, la limitante parcial, consistió en que aunque se nos permitió observar y dar contestación a nuestras preguntas de investigación como veremos en la parte final del presente trabajo, se nos fue negada la realización de entrevistas a los nuevos funcionarios y así obtener información de las nuevas autoridades, adicionando a lo anterior

¹⁰ En virtud del escaso interés mostrado para dar seguimiento al proyecto establecido en virtud del cambio de autoridades estatales que nombraron a su vez a nuevas autoridades en el hospital.

Metodología

el no haber podido contar con el apoyo total libre, espontáneo y voluntario como se dio en la primera etapa del hospital estudiado, -aun siendo aval ciudadano todavía en la segunda etapa- por tanto el trabajo realizado por el investigador en la segunda etapa está mayormente basado en observaciones y entrevistas realizadas con el personal que trabaja o ha trabajado en horarios fuera del hospital, así como a las entrevistas con los expertos en el tema y directivos y ejecutivos del sector.

En este sentido habría que agregar que esta contingencia, sin embargo, permitió observar lo que sucede cuando no hay continuidad en los esfuerzos como se verá en el capítulo siguiente.

Nos hubiera gustado en este sentido, que derivado de los cambios en la dirección del hospital, se hubiesen podido realizar entrevistas adicionales, con los nuevos funcionarios, que permitirían realizar más comparaciones, sin embargo con el personal que entrevistamos y las observaciones realizadas como aval ciudadano, pudimos obtener información, que nos permitió también reflexionar, y extraer conclusiones que nos permitieron contestar a las preguntas que nos hemos realizado en el presente trabajo.

En general en México, particularmente en Yucatán, para poder recabar la información, se profundiza la cuestionable costumbre, para recabar información, la cual en la mayoría de los casos es escasa y en otros casos es inexistente, así como la importancia del origen y confiabilidad que la misma brinda, para que pueda ser compartida, divulgada.

Se piensa que al intervenir como consultor o como investigador o con ambos roles, no se tiene como finalidad, el ayudar, sino la de averiguar los secretos de la organización, su comportamiento y las debilidades de las personas que en ella intervienen o dirigen, aflorando el sentimiento de temor, por la exposición de las formas de dirigir y actuar en la entidad.

Todo ello a pesar de los esfuerzos del investigador y/o consultor de hacer ver a los interesados las consecuencias o las ventajas en su caso de la intervención.

Es por eso que se requiere de mucha planeación, estrategia, habilidad de comunicación y relaciones personales para poder obtener la confianza requerida, para poder trabajar en los proyectos consultoría dentro de una organización.

El poder haber realizado esta investigación es producto de varias estrategias y de las relaciones existentes pero en nuestro entorno una intervención con nuevas formas de hacer, decir y actuar, no ha sido fácil.

Una limitante fue el tiempo de algunos actores, del personal del Hospital, de los ejecutivos, de las enfermeras, por lo tanto el tiempo de las entrevistas tenía que ser muy efectivo y muchas veces eran interrumpidos por las funciones y responsabilidades ya sea en el Hospital en sus consultorios o en sus vidas normales lo cual no es lo más recomendado para una entrevista a profundidad como la se desearía para este tipo de investigación.

Y esto es una mala costumbre del personal, reflejo de la cultura en las organizaciones mexicanas, ya que no existe un respeto por el tiempo de los demás.

Sin embargo no fue un obstáculo para cumplir con los objetivos del presente trabajo.

Otra limitante en el desarrollo del trabajo fue la alta rotación del personal operativo de médicos y enfermeras, ya que el Hospital no podía ofrecer –independientemente de la satisfacción, clima, resultados, estímulos etc., - las condiciones laborales que el sistema federal como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), o el sistema estatal de la Secretaría de Salud les ofrecía ya que eran muy superiores, no hay que olvidar que el Hospital tiene un financiamiento tripartita, constituido por la Federación el Estado y aportaciones voluntarias de los usuarios.

Para concluir este apartado, es importante establecer que para efectos de divulgación de los hallazgos descritos en el presente trabajo el nombre que se identificará será el de “Hospital de la Amistad” (HdA).

3.6. Conclusiones

Hemos presentado en el presente capítulo, una vez construido el marco teórico necesario, la construcción de nuestra intervención como investigadores, para realizar el trabajo de campo y poder continuar la elaboración del presente trabajo.

El enfoque y alcance del trabajo, el diseño de la investigación, la metodología empleada, las herramientas utilizadas, la información complementaria que se consideró pertinente para entender el contexto en el cual se realizó el trabajo, en fin la información general obtenida, con el ánimo de contar con la materia prima requerida, y lograr extraer de la misma, los aspectos clave, y así poder estar en condiciones de reflexionar, contrastar y debatir lo que por una parte nos ha dado la teoría, y por la otra lo que los actores perciben y que permitirán fijar nuestras posiciones, mismas que estableceremos en el análisis de la información.

Asimismo fue presentado el método de investigación empleado y la selección del HdA como estudio de caso, el diseño del mismo, la relación que tuvo CREAANLO (el cuerpo académico que realiza estudio del sector), con la tesis, así como el protocolo del caso, las herramientas utilizadas como lo fueron la entrevista y la observación principalmente, las limitantes en la recolección de los datos y los instrumentos diseñados que ayudaron a la recolección de datos en el campo.

.

Capítulo 4

4. Sector Salud en México, Yucatán y el Hospital de la Amistad

4.1. El Sector Salud en México, Yucatán y el Hospital.- Introducción

En el presente capítulo presentaremos lo que es el campo y los elementos importantes a considerar en la circunstancia que rodea al hospital pediátrico que ha sido seleccionado para ser investigado e intervenido mediante la figura del aval ciudadano, por tanto describiremos el diagnóstico del sector salud tanto en nuestro país, como en nuestro estado y finalmente el hospital sujeto principal de estudio en el presente trabajo. Al finalizar presentaremos estadísticas que consideramos relevantes del comportamiento de la atención a los pacientes del Hospital.

4.2. El sector Salud en México.- Composición del sector salud en el país.

Según el Plan Nacional de Salud (PNS) 2007-2012, la inversión en salud que realiza el país es de un 6.5 % de su producto interno bruto (PIB). Plan Nacional de Salud (Secretaría de Salud, 2007).

Sin embargo este esfuerzo no ha sido suficiente para atender a la población mexicana, incluso el mismo Plan reconoce que la inversión es menor que otros países similares al nuestro en América Latina realizan.

El actual gobierno federal está consciente de la situación y ha emprendido diversas acciones para atacar dicho rezago.

El sistema de salud mexicano está integrado por:

- Instituciones de seguridad social que prestan servicio a sus derechohabientes, así tenemos: a) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuyo financiamiento es tripartita (gobierno, empresas y trabajadores), y sus afiliados son los trabajadores del sector privado y que tanto empresas como trabajadores y gobierno por ley tienen que aportar recursos para ese fin. Recientemente se creó el programa IMSS-Oportunidades en la que se prestan también servicios de salud a la población que no tiene seguridad social.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), financiado con recursos federales y como su nombre indica atiende a los trabajadores al servicio del sector público federal.
- PEMEX empresa petrolera del estado que tiene su propio mecanismo de atención sanitaria a sus trabajadores, caso similar a la Secretaría de Defensa Nacional (Ejército

Mexicano) y otros organismos similares financiados con sus propios recursos y que son aceptados por ley, un ejemplo serían las Universidades Públicas del país.

- Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), así como los Servicios Estatales de Salud que atienden a trabajadores y población abierta en los estados, su operación es financiada por recursos federales, y en el caso de los estados sus servicios son apoyados adicionalmente con exiguos recursos estatales y pequeñas aportaciones voluntarias de recuperación que proporcionan los usuarios.
- Servicios privados de salud, los cuales son financiados con pagos directos que las personas realizan al momento de recibir el servicio o atención y con las primas de las aseguradoras que ofrecen seguros médicos privados o con fondos del gobierno federal si es que atienden:

a) Pago por Servicio (PPS) que consiste en la contratación de servicios de salud proporcionados por el sector privado, siempre y cuando se garantice que este esquema tenga un igual o mayor beneficio que el costo que ello representa y permite seguir dando un servicio de calidad gratuito para los derechohabientes sin perder el control y su responsabilidad.

b) Seguro Popular, éste seguro es financiado con recursos del gobierno federal, recursos de los gobiernos estatales y cuotas familiares, y en algunos casos la compra de servicios de salud a la Secretaría de Salud para sus afiliados, este esquema exige que los hospitales del sector cuenten con acreditamientos y certificaciones para tener acceso a partidas presupuestales por este concepto y está orientado a la población de escasos recursos –que no ganen más de tres salarios mínimos- y que no tienen acceso a algún programa de seguridad social.

Por cierto este programa está contribuyendo frontalmente a atender a las personas que no estaban cubiertos en algún sistema de los antes descritos y queda claro que la intención de su creación responde a uno de los objetivos establecidos en el PNS.

El panorama que tiene el país, en materia de atención hospitalaria y de salud, es complejo y extenso, ya que cada vez son más los mexicanos, con mayores necesidades de atención en materia de salud, propiciados principalmente por el creciente envejecimiento de la población, y por tanto el agotamiento del llamado “bono demográfico”.

Según Barcelata (2008), la población con predominio de jóvenes y niños entre 0 y 14 años entre 1950 y 2000 representó más del 45% del total.

Esta situación ha variado debido a la reducción de la tasa de crecimiento demográfico, desde la década de los 70`s, aunado al incremento de la población de la tercera edad o en retiro esto es mayores de 65 años, ha traído como consecuencia que disminuya la relación entre la población económicamente inactiva y la activa.

El incremento de la población inactiva como son los niños y las personas de la tercera edad o en retiro, tiene una implicación que repercute directamente en la recaudación de recursos que permiten el financiamiento a las necesidades existentes en materia de salud.

Por considerarlo importante para describir el sector y ver con más detalle estas necesidades, se presentan aspectos del Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PNS) que se han considerado importantes citar.

Para ello sugerimos al lector ver el anexo No. 3

De la lectura de dicho anexo se desprende lo siguiente:

- En el caso de hospitales se percibe que se cuenta con un número adecuado pero están mal distribuidos a lo largo del territorio nacional que, dicho sea de paso, es extenso y existen estados con alta densidad demográfica donde las instalaciones se encuentran en menor número que las que se requieren y viceversa.
- En materia de camas se observa que la inversión existente es insuficiente, si lo comparamos con lo sugerido por la OMS ya que estamos prácticamente al 75% de lo que dicho indicador sugiere el mencionado organismo.
- En cuanto a cirugías, se realizan en mayor medida en el sector público y presentan también diferencias importantes entre los distintos estados del país lo cual nos lleva a reconocer la falta de una planeación adecuada en materia de formación y asignación de recursos humanos y materiales, así como en la inversión en equipo y tecnología, concentrándose la atención en algunos estados y dejando en desigualdad a otros, evidenciando el desperdicio de recursos al no estar debidamente distribuidos.
- Con los medicamentos se presenta la misma situación, si bien se presta atención en satisfacer la demanda en la medida de lo posible, existen grandes retos para que sean surtidos.
- El incremento en la contratación de doctores y plazas es en mayor proporción que en el caso de las enfermeras cuyos indicadores con respecto a países más desarrollados en materia de salud hacen ver que no se tiene una clara visión de la importancia que tienen las últimas en la gestión hospitalaria, habría que investigar también que tanta cantidad y calidad se brinda en la formación de las mismas en el sistema educativo del país.
- La desproporción de médicos contratados con respecto a cada 1000 pacientes atendidos evidencias también una desigualdad entre los propios sistemas públicos de salud como lo demuestra el caso de PEMEX con respecto a los tres principales sistemas IMSS, ISSSTE SSA.
- Un reto importante y que consideramos es clave y urgente atender es la información limitada reconocida incluso por la propia fuente oficial. Es claro que las nuevas tecnologías de información se han incorporando a los diversos sistemas pero la manera

de recolectar, procesar y manejar, la información con calidad hace que no se cuente con un sistema útil y confiable que satisfaga una función importante en la gestión de los recursos.

- El sistema de salud mexicano y su sistema de información es un rompecabezas, desarticulado, dividido que impiden optimizar y desarrollarse adecuadamente.

El Sistema de Información de la Salud que se utiliza en las diversas instituciones y los servicios estatales, que componen el sector público se encuentra fragmentado, cada institución cuenta con sus propios formatos y criterios de recolección de datos, urge una mayor consistencia en la integración de los procesos, en los formatos y los productos.

Los involucrados en las diversas entidades del sector enfrentan fuertes problemáticas.

Se cuenta con la mínima infraestructura en equipamiento, personal e información; la gestión hospitalaria relevantes tales como la forma de evitar las duplicidades, contradicciones, ausencias de datos, percepciones no atiende aspectos diversos para hacer las cosas.

Estas limitaciones hacen que la información que se genera no sea del todo útil y confiable, pues no se obtiene siguiendo los mismos procedimientos, ni usando las mismas variables, por lo tanto, los datos que arroja no son de gran utilidad para la toma de decisiones, que promuevan el uso eficiente de los recursos y si en cambio, representan una carga administrativa adicional.

Por otra parte si existe la obsesión generalizada en el sector por la calidad, es porque se está teniendo un problema de enfoque, pues se están viendo los efectos no las causas de necesidad de cambiar.

Por tanto es evidente que el sistema requiere transformar las estructuras y funcionalidad de las entidades, mayores inversiones no solo en equipos y tecnología sino también contar con nuevas formas de llevar a cabo los procesos y eficientar los recursos.

Para ello se requiere contar con recursos humanos con nuevas competencias y formas de entender y comprender el entorno donde las organizaciones se desenvuelven,

Asi mismo es necesario que estos recursos humanos puedan contar con tiempo y espacios para pensar y discutir las entrañas de lo que puede ser la construcción de equipos de trabajo, cooperativos y colaborativos, y por tanto que tengan nuevas visiones.

Para lograr lo anterior pensamos que es necesario iniciar y promover procesos individuales que permitan ir desaprendiendo para aprender y obtener así las nuevas visiones requeridas, que contribuyan a construir las soluciones requeridas.

Por otra parte estamos de acuerdo con Malagón, quien enuncia que

“la salud pasó a ser de una consideración de segundo orden a ser una estrategia insustituible dentro de la política general del bienestar para el desarrollo y del desarrollo para un buen mayor bienestar” Malagón (2008, pág. 2),

Y quien también establece igualmente que son varias las características que se distinguen en los programas actuales de salud: la prioridad que se le ha dado a la prevención, al autocuidado, la participación de la sociedad civil, la planeación de las actividades, la cultura de la calidad total, la preferencia que se concede a la investigación y la sistematización de la evaluación y retroalimentación como elementos presentes en los procesos.

La responsabilidad social o ética también está presente dentro de los procedimientos dirigidos a la recuperación y atención de la salud, así como en los aspectos administrativos, las relaciones interpersonales y todo lo referente a la comunicación, la investigación y la misma docencia dentro de la institución.

También estamos de acuerdo en que actualmente un hospital que se ha integrado a sistemas integrales de salud se comporta como un centro que se ha articulado a las políticas que se establecen en un país, región o ciudad, que contribuye a la educación de la comunidad en materia de prevención y rehabilitación, situaciones que en el pasado se omitían, un hospital se ocupaba únicamente a los procedimientos establecidos en los protocolos para restablecer la salud, con acciones aisladas, desarticuladas y autónomas.

El cuidado de la salud en México ha estado bajo una tremenda presión de cambio y modificación a sus procesos, durante la pasada década.

El incremento de servicios de calidad demandados por los usuarios y los costos crecientes, obliga a la administración a tomar decisiones en un escenario de recursos escasos y cambios constantes en la práctica médica.

Estudiosos sobre la evaluación de la calidad, como Aguirre Gas (1991) y Ruelas (1994), coinciden en que en México existen serios defectos en el funcionamiento en la atención a la salud y estos son más evidentes en las instituciones del sector público que en las del sector privado.

Ruelas (1994), propone los siguientes elementos claves que contribuyen a garantizar la calidad: evaluación, monitoria, diseño, desarrollo y cambio organizacional.

Señala que los indicadores de evaluación del desempeño son instrumentos de medición que ayudan al mejoramiento de los procesos, son aplicables en todos ellos, fortalecen la función de gestión y permiten evaluar los resultados obtenidos con respecto a los estándares previamente establecidos. Las mediciones son limitadas y los indicadores de satisfacción de los usuarios son escasos.

Pensamos que lamentablemente las direcciones o gerencias en calidad en la salud están de moda, tema que se ha vuelto una obsesión en el sector en nuestra región, sin reparar en que, aunque se lograra el establecimiento de una cultura de calidad, sería una manera eficaz pero ni eficiente ni efectiva para la buena marcha de las entidades, es necesario realizar una reflexión sobre el modelo de salud y la racionalidad de sus funciones, y aprender a aprender con miras a la autogestión y a la autoorganización y decir basta a las redes de certificadores de calidad que lo único que hacen en la mayoría de las veces es certificar procesos inútiles, y cobrar.

Por último en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, citado en el Programa Nacional de la Salud (PNS), se menciona que:

“en materia de salud se propone avanzar en materia de la universalidad de la prestación del servicio, el acceso a servicios médicos de calidad (...) bajo la rectoría de la Secretaría de Salud (...) en torno a cinco objetivos: 1) mejorar las condiciones de salud de la población, 2) brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente 3) reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables; 4) evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal y 5) garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México”. PNS (Secretaría de Salud, 2007, pág. 5)

Lamentablemente la orientación que las autoridades le dan al peso de la calidad en el sector salud para el otorgamiento incluso de los recursos, están priorizados en el concepto cuando es más importante trabajar con el factor humano a que se interiorice en el aprendizaje y entender los diversos elementos que influyen para la gestión de los recursos en la salud y de esta manera poder dar cumplimiento a los objetivos que se plantean, tan es así que en el siguiente apartado veremos con mayor detenimiento lo referente al acreditamiento y la certificación en el sector.

4.3. Acreditamiento y certificación de Hospitales, en México

Como se ha observado el segundo objetivo de la actual política pública en salud de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo, citado en el Programa Nacional de Salud (PNS), Secretaría de Salud (2007) , es “...brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente”, (Secretaría de Salud, 2007, pág. 5), y de éste se desprenden acciones que están orientadas a la atención médica de calidad, el abasto oportuno de las medicinas y que de contribuyan de esta forma a un desempeño más eficiente y adecuado en la prestación de servicios de salud.

Derivado de lo anterior, el mismo PNS se plantea también la siguiente estrategia:

“Situación la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”. (Secretaría de Salud, 2007, pág. 103) En ésta se inscribe el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), como el instrumento del Gobierno Federal para elevar la calidad de los servicios de salud, con enfoque en la mejora de la calidad técnica, la calidad percibida y calidad en la gestión de los servicios de salud.

El actual secretario de salud (Dr. José Ángel Córdova Villalobos) dentro del PNS 2006-2012 estableció

“El Sistema Nacional de Salud se fortalece. Lo hace, sobre todo, en el seno de las instituciones que lo constituyen; sin embargo, son todavía evidentes su segmentación y sus problemas de coordinación sectorial. Sigue habiendo rezagos en materia de infraestructura y equipamiento, y coexisten paralelamente duplicidades y una injustificada e ineficiente concentración de recursos en algunas zonas del país, mientras que en otras subsisten grandes carencias. En numerosos sitios la calidad y la seguridad de la atención son aún asignaturas pendientes.

No es posible postergar la solución de estos asuntos fundamentales. No sólo se requieren inversiones en el sector, también es indispensable un cambio de organización, que haga eficiente y modernice al Sistema Nacional de Salud, con vistas a que éste alcance sus objetivos. (...) Tras un amplio diagnóstico de la situación nacional, se han identificado ejes rectores que guiarán los esfuerzos sectoriales para dar cabal respuesta a las demandas más vivas y legítimas de la población:

- Dar énfasis a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades;
- Garantizar el aseguramiento universal, con el propósito de que cada mexicano tenga acceso a servicios integrales de salud;
- Garantizar que los bienes y servicios estén libres de riesgos sanitarios;
- Suministrar oportunamente los medicamentos e insumos requeridos;
- Brindar una atención de calidad, con calidez y segura a toda la población, y, por último,
- Fortalecer la infraestructura y el equipamiento médico para ofrecer a los pacientes una atención efectiva en sus lugares de origen.” (Secretaría de Salud, 2007, pág. 7)

- Regulación de la atención a la salud y los riesgos sanitarios

La rectoría del sistema de salud incluye, entre otras actividades, la regulación de la atención a la salud, y la regulación y el control de los riesgos sanitarios.

La regulación de la atención a la salud tiene como objetivo fundamental garantizar niveles adecuados de calidad en la prestación de los servicios personales de salud, e incluye el otorgar licencias y certificación de los profesionales de la salud, la acreditación de las unidades de atención a la salud y la protección de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.

La regulación y el control de los riesgos sanitarios, por su parte, tiene como propósito proteger a la población contra aquellos factores o eventos exógenos que ponen en peligro la salud o la vida humana

4.3.1. Acreditación de las escuelas y facultades de medicina

En 1990, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), puso en práctica un proceso que acredita los planes y programas de estudio de sus miembros

Actualmente la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina cuenta con 69 afiliadas, de este total 27 están en un proceso de autoevaluación que es una fase previa al proceso de acreditación, las restantes 42 están acreditadas.

En 1993 el 99.5% de los campos clínicos que el sector público asigna a los alumnos que cursan el internado médico están ocupados por alumnos de las facultades y escuelas de medicina con programas educativos acreditados o en proceso de acreditación. Secretaría de Salud (2007) .

4.3.2. Certificación de los recursos humanos

Los procedimientos de certificación de las personas que trabajan para la salud han sido responsabilidad de las instituciones de educación superior y de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, desde 1944.

Los médicos deben tener o contar con un título profesional expedido por alguna institución de enseñanza superior reconocida y para practicar su profesión deben de contar con una cédula que emite la Dirección General de Profesiones, todo ello para dar cumplimiento con la Ley de Profesiones y la Ley General de Salud.

Asimismo con el objetivo de que se les permita ejercer con los criterios de calidad que se requieren, existen dos mecanismos adicionales para garantizar que los médicos cuentan con las competencias requeridas, el primero de ello es el Examen Nacional de Calidad Profesional diseñado y coordinado por el Centro Nacional para la Evaluación de la Educación, que se aplica en todas las universidades como requisito de egreso.

El segundo mecanismo si se requiere o quiere tener una especialidad habría que agregar también la necesidad de presentar el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM), que permite el acceso e ingreso a los programas de especialidad.

Asimismo por considerar importante para la completa visión de lo que son los procesos de certificación y acreditación citamos lo mencionado en el Plan Nacional de Salud 2007-2012.

“En 2005 se presentaron a este examen 22,710 aspirantes y se ofrecieron 5,213 plazas. Un elemento a destacar es el hecho de que 23 de las 25 escuelas con mejor

promedio en el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM), se encuentran acreditadas por el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM). En sentido opuesto, un alto porcentaje de las escuelas que ocupan los últimos lugares, públicas y privadas, carecen de acreditación.

La certificación de los especialistas está bajo control de los consejos de las diversas médicas, que funcionan bajo la coordinación de la Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía. Las instituciones públicas, privadas, compañías de seguros están utilizando esta certificación, como requisito para la contratación de médicos especialistas". (Secretaría de Salud, 2007, pág. 72)

Cabe agregar también que en el caso de las enfermeras y su certificación correspondiente el Colegio Nacional de Enfermeras, la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería y el Colegio de Enfermeros Militares han iniciado procesos en dicho sentido pero todavía no han entrado completamente en funciones.

4.3.3. Certificación y acreditación de unidades de atención a la salud

Asimismo la obligación de certificarse de los hospitales data de 1999, creándose la Comisión Nacional para la Certificación de Hospitales. En 2005 principalmente los hospitales adscritos al IMSS, SSA se habían certificado 297 de los 1121 existentes, y si no se cuenta con ella, en la práctica tiene una fuerte influencia en la asignación de recursos presupuestales a los hospitales de los diversos sistemas gubernamentales y con alguna variante al sector privado.

Con las reformas que sufrió la Ley General de Salud que dio origen al Sistema de Protección Social en la Salud, se busco la acreditación de hospitales, de esta forma "a finales de 2005 en la Secretaría de Salud se contaba con 1,278 unidades de atención acreditadas, aproximadamente representaban en ese entonces un 30 % de las unidades que prestan servicios dentro del Sistema Seguro Popular para la Salud, siendo 134 hospitales y 1,144 unidades médicas de atención ambulatoria", Secretaría de Salud (2007)

Como vemos en lo anteriormente descrito, esta obsesión por los acreditamientos como un primer paso para luego buscar las certificaciones correspondientes, y la fuerte influencia orientada a la calidad está basada evidentemente en las orientaciones de las autoridades federales apoyándose incluso con normatividad al respecto.

Un aspecto que llama la atención y podría ser objeto de proyectos a futuros es que el Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, contempla la acreditación de las unidades pre-hospitalarias de ambulancias.

4.4. *Aval ciudadano*

La Cruzada Nacional de salud efectuada en el año 2001 promovida por la Secretaría de Salud junto con las instituciones de salud y sus responsables en los estados del país, decidieron poner en marcha el programa denominado Aval Ciudadano mediante organizaciones de la sociedad civil que fueran reconocidas social y moralmente y estuvieran interesadas en participar en un asunto de interés público como lo es la prestación de los servicios de salud de calidad.

Es el instrumento diseñado para ser un canal de comunicación formal entre la población y usuarios de los servicios particularmente y los prestadores de los servicios, con el objetivo de promover e incentivar la transparencia en la información y mejorar la prestación del servicio con un trato digno a los usuarios de los servicios. Secretaria de Salud (2004).

El aval ciudadano (AC), entonces es un representante de la población y por tanto no es trabajador del sector salud, pero si cuenta con el compromiso con su comunidad, que dedica parte de su tiempo y esfuerzo de manera individual o grupal, y sin pago alguno, comprobando la existencia de los avances o retrocesos en la prestación del servicio de salud ofrecido por alguna de las instituciones que cuente con dicha figura, y además aporta sugerencias, observaciones y opiniones para mejorarlos.

Dentro de sus funciones y procedimientos se auxilia en diversos instrumentos, como por ejemplo la “carta compromiso” que es donde después de la visita efectuada se redactan las principales observaciones y acuerdos tomados para que en la siguiente visita se hayan corregido, además de la observación, los cuestionarios de observación. Cuenta con cuestionarios que se levantan de manera aleatoria a los usuarios con el ánimo de recabar sus opiniones y poder evaluar la percepción de los usuarios en la prestación del servicio o instalaciones.

A continuación por considerarlo importante se citan las funciones del aval ciudadano. Secretaría de Salud (2010).

“Realizar encuestas a los usuarios de las unidades médicas y a los profesionales de la salud, para conocer la opinión de los usuarios en relación a la calidad percibida. Su misión es escuchar a los pacientes y a las familias.

Difundir los Derechos Generales de los Pacientes, promoviendo su exigibilidad y su tutela, procurando que las organizaciones de salud aprendan a escuchar la voz de los usuarios.

Realizar propuestas de mejora y establecer compromisos con los responsables de la unidad médica y su personal, para mejorar la calidad en la atención de los servicios de salud, a través de la Carta Compromiso y efectuar el seguimiento de los compromisos hasta lograr su cumplimiento.

Solicitar y recibir información sobre los proyectos de calidad y seguridad de los pacientes que se desarrollan en la unidad médica

Participar en el Comité Estatal de Calidad en Salud (CECAS) y en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) cuando se incluyan en el orden del día aspectos que afecten a la participación ciudadana en salud.

Las unidades de salud que prestan servicios al Seguro Popular, deberán contar con Aval Ciudadano para obtener su acreditación o reacreditación, siendo una función del aval su presencia en esas unidades”. (¶ 1-6)

Como podemos ver en este sentido existe un serio intento por tender a contribuir a mejorar el servicio por parte de la comunidad, esto es importante como veremos más adelante en el caso del hospital que se presenta en el siguiente trabajo.

Sin embargo aunque es importante este esfuerzo, lo consideramos todavía insuficiente e incipiente, insuficiente porque se necesita armonizar mas las variables y las formas de observar, los cuestionarios ayudan pero no son suficientes, es necesario un conjunto de procedimientos, tales como los que implementamos durante el periodo de intervención esto es sistematizar el proceso, que el personal entienda que no está siendo juzgado sino sirve para ayudar a mejorar, ni tampoco con los usuarios que piensan que es una figura del hospital para acusar o condenar, la elaboración de reuniones de los usuarios con los actores del servicio, el establecimiento de buzones de queja y sistematizar y clasificar las observaciones, la continuidad, el seguimiento adecuado de los acuerdos adquiridos en fin tantas observaciones que han contribuido en la metodología de intervención, así como en las reflexiones del presente trabajo.

Y decimos que incipiente ya que este modelo puede servir de base para poder intervenir en otros hospitales y ayudarlos a realizar procesos de cambio, sería una estrategia útil para lograrlo.

Por otra parte conforme madure esta figura la sociedad puede observar en la correcta aplicación de elementos claves de las partidas presupuestarias en procesos de inversión y en necesidades de equipamiento.

Es un proceso de aprendizaje y de sociabilización que a nivel nacional en mi opinión todavía no se ha generalizado su percepción, importancia y utilidad.

4.5. Sector Salud en Yucatán

Asimismo nos permitimos citar aspectos que consideramos relevantes para poder conocer mejor el entorno donde el hospital objeto de la intervención se desenvuelve, son aspectos señalados en el Programa Estatal de la Salud 2001-2007, publicado el 5 de junio de 2004 en el Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán.

“Las Instituciones de salud que atienden a la población del Estado de Yucatán son siete: Servicios de Salud de Yucatán (SSY), IMSS Oportunidades, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Marina (SEDEMAR), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la iniciativa privada.

En la entidad existen dos sectores básicos de salud: el primero corresponde al sector público y el segundo a la iniciativa privada. El sector público opera con diversas instituciones bajo dos esquemas de atención, uno denominado población no asegurada y otro de Seguridad Social. En el esquema de población no asegurada, las instituciones que la integran son los Servicios de Salud de Yucatán y el IMSS Oportunidades. Bajo la modalidad de Seguridad Social funcionan el IMSS Régimen Ordinario, ISSSTE, SEDENA y SEDEMAR.

De acuerdo con el Plan Estatal Maestro de Infraestructura en Salud para Población Abierta (PEMISPA 2001), (Secretaría de Salud, 2001) la infraestructura disponible para proporcionar atención médica a un millón 701 mil 156 habitantes, consta de 319 unidades de primero y segundo nivel. De estas 222 (69.6 por ciento), pertenecen a Instituciones para población no asegurada; 51(16 por ciento) a Seguridad Social y 46 (14.4 por ciento) a la Iniciativa privada. Por institución encontramos que los Servicios de Salud de Yucatán concentran el 42 por ciento del total de unidades, seguido del IMSS Oportunidades con 27 por ciento, la iniciativa privada, 14 por ciento; IMSS Régimen Ordinario, 8.7; ISSSTE, 5.0, y Sedena y Sedemar, 2.1 por ciento.

Completan la infraestructura actual del sector dos unidades de tercer nivel pertenecientes al IMSS: el Centro Médico Nacional "Lic. Ignacio García Tellez" (T-1) y la torre de Gineco/ Pediatría "Dr. Carlos Urzaiz Jiménez"; y por parte de los Servicios de Salud de Yucatán, el Hospital Psiquiátrico y el Centro Dermatológico, ambos unidades de especialidad.

Adicionalmente, la Secretaría de Salud cuenta con 468 casas de salud ubicadas en 55 municipios, así como 21 unidades móviles que dan cobertura a 435 localidades en su mayoría dispersas y que no cuentan con acceso permanente a servicios de salud.

En relación con el número de consultorios, éstos son 1,077, de los cuales el 55 por ciento es de primer nivel y el 45 por ciento de segundo. Su distribución por tipo de población es la siguiente: 408 para población no asegurada (37.8 por ciento), 314 para seguridad social (29 por ciento) y 355 para la iniciativa privada (33 por ciento).

La oferta de camas censables de segundo nivel para todo el Estado es de mil 307, de las cuales son 468 para población no asegurada, 485 para Seguridad Social y 354 de

la iniciativa privada, que junto con el número de consultorios disponibles representa una alternativa para la atención a la salud”. Secretaría de Salud (2001, págs. 18-19)

Como podemos observar en el Estado de Yucatán, (México) se cuenta con una infraestructura similar en cuanto a presencia de los diversos sistemas y servicios, sin embargo se continúa observando la insuficiencia y la inadecuada distribución como sucede con otras partes del país, sin embargo es justo reconocer que en esta zona sur-sureste del país es uno de los estado que cuenta con mejor infraestructura y la percepción generalizada de la buena experiencia, conocimiento y actitud de servicio, esto es una calidad reconocida no solo en la región sino en el país tanto de esa infraestructura como del personal médico y de enfermeras que trabajan en el sector.

Por lo que hace que el Estado uno de los polos de desarrollo importantes en materia de salud.

4.6. El hospital pediátrico de el Hospital de la Amistad, Corea-México.- Breve historia descriptiva y evolución del Hospital.- Antecedentes

Este es un hospital construido durante la administración de Patricio Patrón Laviada por el gobierno de Corea en el año 2004, se inicio la construcción del nosocomio invirtiendo alrededor de 13 millones de pesos. Este gran proyecto fue el resultado del convenio de cooperación entre México y Corea.

El nosocomio fue donado a Yucatán para conmemorar el centenario de la llegada de inmigrantes coreanos a tierras yucatecas. Se ha consolidado como uno de los nosocomios pediátricos líderes en el Sureste. Tiene 35 camas censables y 24 habilitadas. Atiende un promedio diario de 5 a 6 cirugías y alrededor de 600 consultas mensuales en urgencias y 1000 consultas mensuales en el área de consulta externa.

Aunque es un hospital dirigido a la población abierta, el 70% de los pacientes son niños de escasos recursos. Esto quiere decir que está cumpliendo su objetivo de apoyar a los pequeños más necesitados en caso de enfermedad, principalmente del oriente y sur del Estado y de las colonias marginadas de Mérida. La cuota que se cobra es de \$50. Y se maneja como una cuota de recuperación.

El Hospital de la Amistad cuenta con los más modernos equipos de atención para diversos padecimientos infantiles. Los más utilizados, las incubadoras, ya resultan insuficientes.

Sector Salud en México, Yucatán y el Hospital de la Amistad

Los servicios que ofrece son consulta externa y urgencias, hospitalización, Rayos X, micronebulizaciones, ultrasonido, curaciones, cirugías, retiro de puntos, inyecciones, sutura, análisis clínicos y atención neurológica.

El horario del nosocomio es de consultas externas de lunes a viernes de 7:00 a 20:00 horas y el área de urgencia las 24 horas de lunes a domingo. Pero cabe señalar que las horas pico son en el área de consulta externa de lunes a viernes 8:00 a 13:00 horas y de 17:00 a 20:00 horas, por lo consiguiente en el área de urgencia no se puede presentar su hora crítica ya que uno nunca sabe en qué momento padecerá de alguna enfermedad algún paciente, por esta razón prefiero evitar la mención de alguna hora en específico. A continuación presentamos la información recopilada y proporcionada por el Hospital.

Hospital de la Amistad Corea-México

- **Misión:** Es un Hospital dedicado a dar servicio de salud a la población infantil de escasos recursos, brindándoles una atención médico-quirúrgica de excelencia, eficiente y con calidez humana; bajo principios éticos, manteniendo siempre informada y bien tratada a la familia y al paciente siempre tratando bien y manteniendo informada a la familia y al paciente; pero sobre todo comprometido con la realización de procesos de investigación dentro de las ciencias medicas; así como metodologías innovadoras y actualizadas de tratamiento, procurando además colaborar con la formación de personal médico especialista del mejor nivel en la región.
- **Visión:** Ser un Hospital a la vanguardia con reconocimiento local, estatal y a nivel nacional, por su método (mística y estilo) de funcionamiento bajo un enfoque humanista; contando con recursos humanos y tecnológicos calificados; y al mismo tiempo formador de conocimientos, preceptos y capital humano de las más alta calidad para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los niños.
- **Valores Culturales:** Los valores culturales que rigen a la gente que labora en el hospital de la Amistad son de tipo universal y aplicable a todas las creencias y estilos de personalidad. Los valores que deben regir el actuar de las personas que laboran en el Hospital son: honestidad, trabajo en equipo, disponibilidad, actitud de servicio, compromiso, empatía, eficiencia, amabilidad

Diagnóstico de la situación (Información proporcionada por el Hospital, 2006)

- **Fortalezas:** Algunas de las fortalezas internas con las que cuenta el Hospital de la Amistad se detallas a continuación:

Sector Salud en México, Yucatán y el Hospital de la Amistad

El personal está bien integrado a las funciones que realizan debido a que proviene de un proceso de selección basado en los conocimientos y habilidades necesarias para cada puesto, lo que permite una atención de calidad a los pacientes.

Se cuenta con el apoyo de la Fundación por la Salud en Yucatán, quien además de apoyar económicamente al hospital, funge una función de órgano de vigilancia para que los recursos económicos, humanos y materiales sean utilizados adecuadamente.

Los médicos que brindan atención en consulta externa, tiene una especialidad en pediatría y en muchos casos una sub-especialidad lo que nos va convirtiendo poco a poco en un hospital de especialidades infantiles.

Existe una cultura de capacitación continua al personal.

- Debilidades: Algunas de las debilidades internas con las que cuenta el Hospital de la Amistad se detallan a continuación:

Falta de espacios físicos en la infraestructura del Hospital para cubrir algunas áreas de especialidad que la demanda de pacientes ha exigido.

Falta de personal necesario para cubrir al 100% la demanda de pacientes, debido a la falta de un mayor presupuesto lo que nos hace muy difícil seguir contratando gente.

Falta de recursos económicos para establecer los sistemas óptimos de captura y almacenamiento de información, debido al alto costo que estos sistemas representan.

- Análisis del entorno

Amenazas: Algunas de las Amenazas externas con las que cuenta el Hospital de la Amistad se detallan a continuación:

La reducción en el presupuesto anual asignado por el Gobierno del Estado representa una amenaza para el Hospital, pues una reducción en el presupuesto significaría dejar de brindar la atención que hoy en día los pacientes requieren.

El cambio de gobierno es un factor importante pues al ser una OPD es la junta de gobierno integrada en su mayoría por funcionarios de primer nivel del Gobierno del Estado los que deciden el futuro del hospital.

La lejanía del Hospital podría ocasionar cierto problema con los pacientes que acuden del interior del estado, pues son muchos los camiones que tendrían que tomar para llegar al centro médico.

Oportunidades: algunas de las oportunidades con las que cuenta el Hospital de la Amistad se detallan a continuación:

En caso de concretarse el apoyo por parte del seguro popular al Hospital, esto garantizará cubrir el costo de los servicios médicos que hoy en día se ven reducidos por los descuentos y consideraciones de pago que se realizan.

El contar con el apoyo del Gobierno de Corea, nos brinda el acceso a equipos de la más alta tecnología lo que nos pone a la vanguardia en el servicio médico a pacientes de escasos recursos.

La ciudadanía de escasos recursos y carentes de seguridad social, busca hospitales que les brinde una mejor atención médica y sobre todo con un trato amable como el que establece la misión de nuestro centro médico.

- **Objetivos:**
- **Objetivos Institucionales:** El Hospital de la Amistad tiene entre sus objetivos principales los siguientes:
 1. Brindar un servicio de atención médico-quirúrgica de excelencia, a la población infantil de escasos recursos, en forma eficiente y con calidez humana, bajo principios éticos y manteniendo siempre informada y bien tratada a la familia y al paciente.
 2. Ser un promotor de la realización de procesos de investigación dentro de las ciencias médicas, así como metodologías innovadoras y actualizadas de tratamiento.
 3. Eficientar el costo de los servicios con los que cuenta el hospital, a fin de lograr un mayor aprovechamiento de los mismos canalizándolos a las áreas que requieran una mayor inversión.
 4. Promover la capacitación y mejora continua del personal que labora en el hospital a fin de brindar un mejor servicio a los pacientes que acuden a nuestro centro médico.
 5. Brindar el apoyo económico necesario a los pacientes en cuanto al pago por los servicios que reciben, de acuerdo a sus posibilidades económicas y estudios socioeconómicos bien fundamentados y serios, aplicados por el departamento de trabajo social y siempre bajo el principio de justicia.
- **Órgano de Gobierno.-** Esta integrado por la Junta de Gobierno: La junta de Gobierno del Hospital está conformada por: (información a 2006).

Gobernador Constitucional del Estado, el Secretario General de Gobierno, el Secretario de Salud y Director de los Servicios de Salud de Yucatán, el Secretario de planeación y Presupuesto, el Secretario de Hacienda, el Camino, Director General del Sistema para el

Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán, el Presidente Municipal de Mérida, y la Presidenta de la Fundación por la Salud en Yucatán, A.C.

- Forma de Operar: El Hospital de la Amistad es un Organismo Publico Descentralizado, (OPD), creado por decreto del Poder Ejecutivo (No. 597) el 30 de Junio de 2005 y que se encuentra bajo las leyes, reglas y normas que rige el sector salud. La secretaría de Planeación y presupuesto presenta al poder legislativo la propuesta de presupuesto para el Hospital de la Amistad, el cual una vez a probado es entregado a al Hospital en forma de ministraciones mensuales por la secretaría de Hacienda del Estado.
- Ventajas: Entre las ventajas que se pueden encontrar en un esquema de OPD se encuentra el poder disponer del dinero de manera inmediata para realizar las compras necesarias de medicamentos e insumos que el hospital requiere manejando internamente el presupuesto asignado a la compra de los mismos. Obtener mejores precios al realizar pagos puntuales en plazos menores del crédito autorizado, lo que genera descuentos por pronto pago y ahorros para la institución. La administración de los recursos materiales, financieros y de personal no proviene de una administración central sino se realizan directamente por medio del Hospital; lo que da una mayor flexibilidad para el manejo de los mismos.
- Servicios:

Servicios que Ofrece: Los servicios que ofrece el Hospital se detallan a continuación:

Consulta Externa, Medicina Preventiva, Psicología, Nutrición, Laboratorio de Análisis Clínicos, Ultrasonido, Rayos X, Trabajo Social, Hospitalización, Cirugías, Urgencias, Inhaloterapia, Electroencefalografía; las especialidades Médicas que ofrece son:

Neumología Pediatra, Neurología Pediatra, Infectología Pediatra, Neonatología, Intensivista, Pediátrico, Urgenciólogo, Cirujano Pediatra,

- Equipamiento y capacidades de que dispone:

Camas: En el área de Hospitalización cuenta con:

- 15 camas cada una con su toma de oxígeno y aire en la pared;
- 31 cunas con su toma de oxígeno y aire en la pared;
- 6 incubadoras fijas cerradas.

En el área de Neo-natos cuenta con 2 cunas radiantes (incubadoras) y con 2 incubadoras de transporte. En quirófanos, cuenta con un 1 quirófano de 4.80mts por 5.90 mts.

Cuenta con una central de esterilizado y empaque (CEYE) en un área de 6mts por 3.40mts la cual cuenta con un autoclave de vapor y otro de gas (oxido de etileno), ambos equipos donados por la Korea Internacional Cooperation Agency (KOICA)

Sector Salud en México, Yucatán y el Hospital de la Amistad

- Cuidados Intensivos

Cuenta con 6 monitores 4 de ellos en reparación

Respiradores: Cuenta con 5 respiradores de presión donados también por KOICA y 2 respiradores de presión para neonatales.

- Urgencias

Camas y Cunas: Cuenta con 4 camas y 5 cunas cada una con sus tomas de oxígeno y aire en la pared.

Médicos: Cuenta con 1 médico en la mañana, 1 por la tarde y 1 por la noche; así como también 1 para los fines de semana y días festivos.

Enfermeras: Cuenta con 1 enfermera en la mañana, 1 en la tarde y una en la noche; así como con 1 personal disponible para los fines de semana y días festivos; en caso de que no haya mucha consulta en urgencias la enfermera es re-ubicada a otro servicio donde se requiera su ayuda.

Monitores: los mismos mencionados en el renglón de cuidados intensivos; son los mismos equipos que se utilizan dependiendo del área necesaria.

- Fuentes de Ingreso: Existen 3 fuentes de ingreso:

-Presupuesto propio asignado por la secretaría de planeación y presupuesto,

-Las cuotas de recaudación que se obtienen por medio de la fundación por la Salud en Yucatán A.C. y

-Los donativos obtenidos a través de distintas dependencias estatales o federales, así como los donativos que recauda la Fundación por la Salud en Yucatán A.C.

- Horarios: Se cuentan con los siguientes horarios de atención al público:

Matutino: 7:00 am a 2:30 pm, Vespertino: 1:30 pm a 8:30 pm, Nocturno: 8:00 pm a 8:00 am

Y fines de semana así como días festivos: 8:00am a 8:00pm y de 8:00pm a 8:00am.

- Relación con otros hospitales:

Que pacientes refiere: Ortopédicos, Oftalmológicos, Oncológicos.

Que pacientes puede recibir: Neurológicos, neonatos, infectados, quirúrgicos, neumológicos, pacientes críticos de terapia. En general desde un niño desde recién nacido y con complicaciones después del parto hasta los 18 años.

En el anexo No. 4 se presentan el organigrama del hospital.

4.6.1. Estadísticas.-

Se anexan las principales estadísticas del comportamiento de la atención a pacientes, por parte del Hospital de la Amistad por el periodo comprendido de enero 2008 a julio de 2009.

HOSPITAL DE LA AMISTAD COREA-MÉXICO				
Conceptos relevantes	Actividades de:			
	2006	2007	2008	2009
	Ene-Dic	Ene-May	Ene-Dic	Ene-Jun
			TOTAL	TOTAL
Pacientes de consulta externa	21,677	10,000	7,700	-
Mujeres	9,839	4,498	2,534	-
Hombres	11,838	5,502	5,166	-
Consulta de especialidad			2,161	-
Estudios de laboratorio			14,726	7,968
Estudios de Rayos X			3,498	2,129
Ultrasonidos			660	589
Derechohabientes IMSS			142	51
Derechohabientes ISSTE			9	3
Derechohabientes Seguro Popular			402	324
Derechohabientes Otros			10	4
Consulta de psicología			-	131
Consulta de nutrición			83	156
Ingresos a hospitalización			1,318	812
Pacientes en UTI			274	110
Defunciones			44	20
Atenciones en Urgencias	4253	-	-	8,399
Cirugía	500		229	311
Estudios socioeconómicos			1,155	608
Datos proporcionados por el HdA				

De acuerdo con la información disponible proporcionada por el Hospital de la Amistad Corea-México y por las entrevistas realizadas podemos comentar lo siguiente: en el año 2006 se brindaron 21,677 consultas externas, en los primeros cinco meses de 2007, 10,000 que superó en consultas externas de pediatría lo sumado ese lapso por instituciones como el Centro Materno Infantil, el Hospital O'Horán y los Centros de Valladolid y Tizimín. En 2008 fueron 7,700.

Mostrándose una caída en la atención, importante. Hay que tomar en cuenta el impacto importante que tuvo en el Hospital dos condiciones por una parte la nueva administración de

las autoridades de salud fue en julio de 2007, el cambio del director fue un año y meses después.

Por último se presentan, la atención geográfica en el anexo 5 y la cobertura estatal en el anexo 6, del Hospital.

4.7. Conclusiones del capítulo

En este capítulo por tanto hemos presentado de una manera resumida lo que es el sector de salud en México, en Yucatán y la descripción del hospital como una forma de entender el momento, la circunstancia en donde se ha llevado a cabo el presente trabajo.

Hemos presentado de una manera sintética, la infraestructura en instalaciones, factor humano, los retos a resolver como país o región y dentro de esas circunstancias el Hospital sujeto a estudio se encuentra, con aspectos similares, y si observamos como la normatividad y las orientaciones que las autoridades del sector imponen como es el caso de los acreditamientos y certificaciones tanto de instalaciones como del factor humanos que principalmente intervienen como es el caso de los médicos y las enfermeras y los esfuerzos por hacer corresponsable y sensibilizar al sector social y su involucramiento con los retos y principales elementos que en este caso delimitan el actuar del HOSPITAL.

Para ello fue necesario presentar el estado del arte en las que se encuentra trabajando el Sector Salud en nuestro país, para ello hemos visto como se financia la operación del mismo ya sea de origen público, privado o mixto, (como es el HdA sujeto de estudio en la elaboración de caso),

Hemos observado cómo se evidencian los retos que tiene el sector, la insuficiencia de quirófanos y equipo, índices de médicos, enfermeras e instalaciones por debajo de lo recomendado por la OMS, mala distribución en general de los recursos entre las entidades federativas y poblaciones, serias deficiencias e insuficiencia de información confiable en el sector privado de la salud, y aunque ha habido avances en el Sistema de Información de la Salud, éstos no han sido homogéneos entre las instituciones y los servicios estatales de salud – todos ellos dentro del sector público-, éste se encuentra disperso, cada institución cuenta con sus propios formatos y criterios de recolección de datos, urge por tanto la integración de procesos, en los formatos y los productos.

Por tanto se dificulta que las personas que colaboran en el sector agrupados en las diversas entidades del sector tengan fuertes problemáticas para cumplir con sus labores que efficienten el uso de los recursos, al no contar con la infraestructura básica en equipamiento, personal e información la gestión hospitalaria no atiende aspectos relevantes tales como evitar las duplicidades, contradicciones, ausencias de datos, percepciones diversas para hacer las cosas, incremento de trabajo administrativo necesario con resultados pobres a pesar de los

esfuerzos realizados, por tanto el cambiar las estructuras y funcionalidad de las entidades, tiempo para pensar y discutir, las entrañas de lo que puede ser trabajo en equipo, colaboración y cooperación pues se dificulta mucho más agregado al desconocimiento de estas nuevas formas de pensar y trabajar para aprender a aprender.

Pensamos que lamentablemente las direcciones o gerencias en calidad en la salud están de moda, tema que se ha vuelto una obsesión en el sector en nuestra región, sin ver que aunque se lograra el establecimiento de una cultura de calidad, sería una manera eficaz pero ni eficiente ni efectiva para la buena marcha de las entidades, es necesario realizar una reflexión sobre el modelo de salud y la racionalidad de sus funciones, y aprender a aprender con miras a la autogestión y a la autoorganización y decir basta a las redes de certificadores de calidad que lo único que hacen en la mayoría de las veces es certificar procesos inútiles, y cobrar.

Lo que es importante, es reflexionar si no es más conveniente intentar aprender a aprender con el objeto de que la calidad y los acreditamientos y certificaciones, sean una consecuencia del esfuerzo realizado para tal fin y no un fin en sí mismo, y evitar de esta manera los desgastes burocráticos por obtener las certificaciones y acreditamientos, que aunque son necesarios por los impactos que trae el exterior en el hospital, y en el cual es necesario adaptarse para cumplir pero sin dejar de trabajar en paralelo estas nuevas formas de pensar, actuar y hacer

También pudimos observar que en nuestro estado de Yucatán, México se cuenta con una infraestructura similar en cuanto a presencia de los diversos sistemas y servicios, sin embargo se continúa observando la insuficiencia y la inadecuada distribución como sucede con otras partes del país, sin embargo es justo reconocer que en esta zona sur-sureste del país es uno de los estado que cuenta con mejor infraestructura y la percepción generalizada de la buena experiencia, conocimiento y actitud de servicio, esto es una calidad reconocida no solo en la región sino en el país tanto de esa infraestructura como del personal médico y de enfermeras que trabajan en el sector. Por lo que hace que el estado uno de los polos de desarrollo importantes en materia de salud.

También fueron presentadas las características, infraestructura, estructura, e información relevante que fue recabada y proporcionada por el HdA

Capítulo 5

5. Análisis de datos y la discusión de los resultados

5.1. Introducción al capítulo 5

El trabajo de campo que hemos realizado y presentado en la segunda parte de esta tesis nos ha proporcionado una serie de informaciones y de datos sobre la observación realizada en un hospital pediátrico, el Hospital de la Amistad (HdA), así como la recopilación de diversos agentes y actores que trabajan en el sector salud.

En la presente parte, última del trabajo de investigación desarrollado daremos a conocer nuestros comentarios, así como aportar nuestras declaraciones, producto de la observación, reflexión, y el análisis, encaminados a responder a nuestras preguntas de investigación establecidas.

Hay que recordar que todo lo presentado en esta parte, es responsabilidad única y exclusiva del autor de este trabajo, por tanto las declaraciones y comentarios son producto de lo que se piensa y percibe en virtud del conocimiento, experiencia, vivencias, entrevistas, observaciones e incluso del aprendizaje que este proceso ha llevado.

Asimismo es importante recalcar que todo es relativo y circunstancial, ya que por ejemplo quizá en el momento de las entrevistas realizadas, las personas aún con la buena voluntad de cooperar y colaborar –lo cual se agradece mucho-, pero como seres humanos al fin, están sujetos al momento y circunstancia que viven, y lo dicho y comentado ayer, hoy, quizá sufra modificaciones, lo que puede llevar a perder objetividad por parte del entrevistado, o bien, por otra parte, el investigador está sujeto y limitado a lo que la persona quiere, desea, necesita o le interesa comentar, por tanto finalmente son sus opiniones en ese momento.

Lo anterior, por una parte, producto y consecuencia de los estados de ánimo, percepciones, conocimientos, experiencias, intereses, reflexiones etc., de las personas, mismas que quizá, puedan modificar sus comentarios, además de que no se está exento de que muchas veces , de que las personas sienten una cosa, piensan otra, dicen otra y actúan de otra forma, todas ellas sin una congruencia o una parcial congruencia, lo cual muchas veces o se inventan comentarios o no se dice lo que se debería comentar realmente.

Otro comentario al respecto que se considera importante destacar, dada la costumbre en la cultura de la gestión de organizaciones en nuestro medio, de no ser investigadas, y por tanto de no proporcionar información si ésta existe, en virtud de que se tiene el temor a que se divulguen los aspectos de gestión de una organización, aunque se guarde la confidencialidad respectiva.

Lo anterior con mayor razón está presente en las organizaciones de salud, teniendo como uno de los principales componentes el que generalmente los directivos o principales ejecutivos son médicos o expertos en salud y en el mejor de las circunstancias, éstos únicamente poseen

Análisis de datos y la discusión de los resultados

formación en administración clásica, lo cual trae como consecuencia una mayor resistencia a proporcionar información.

También es importante comentar en relación al caso del Hospital de la Amistad (a partir de hora podremos citarlo como HdA), que pueden observarse la existencia de dos etapas en la intervención y en la observación efectuadas. La primera abarca del segundo semestre de 2004 a diciembre de 2008 y la segunda etapa va de enero a diciembre de 2009 (fecha en que concluye nuestra observación).

En la primera etapa 2004-2008

Es la principal fuente de información, no por decisión propia sino por las limitantes impuestas por la nueva administración al no permitir continuar el proyecto, (tanto como hubiéramos deseado), sin embargo nos permitió tener la información suficiente para concluir el mismo, sin embargo se ha podido realizar observaciones en la segunda etapa en mi calidad de aval ciudadano por un lado y por otra por el personal que colaboró de una manera decidida, convencida, colaborativa y cooperativa con las restricciones naturales dentro de la cultura mexicana en cuanto a proporcionar información, en la primera etapa y que continúa todavía trabajando en el hospital.

Afortunadamente en el caso presentado se logra ver el contraste existente entre dos formas de administrar y gestionar un hospital por un lado la intención de tener una administración moderna, participativa, con la óptica de querer y poder mejorar, intentar ser los primeros, y en la segunda etapa la manera tradicional tayloriana y mecanicista obsoleta de seguir administrando una organización.

Asimismo es importante mencionar y resaltar también que durante la primera etapa, en agosto de 2007, se establecieron nuevas autoridades estatales al existir un cambio de gobierno con el ascenso al poder por un partido político distinto al que durante su gestión da a luz este nuevo Hospital pediátrico. Sin embargo gracias a los resultados obtenidos (obtuvieron el acreditamiento en 2008, como consecuencia de los años de trabajo previos), el director del Hospital y su equipo de trabajo fueron temporalmente ratificados (todos ellos integrantes por cierto de la red generada (CREAASS)¹¹ .

¹¹ Y que habían recibido la formación del Diplomado Internacional en Gestión de Hospitales, impartido con la colaboración de nuestros colegas europeos, y en nuestro rol de intervención en el sector Salud y como aval en el Hospital y que ha permitido integrar a la red hasta el momento en la actualidad tiene a 49 miembros incluidos 17 hospitales de la región).

Análisis de datos y la discusión de los resultados

Todo el equipo directivo continuó colaborando hasta el mes de octubre de 2008, y de todo el equipo directivo en la primera etapa solo una de ellas quedó integrada al nuevo equipo directivo en la segunda etapa de observación.

Todo lo anterior lo iremos viendo a lo largo de la presentación de los temas que hemos clasificado en nuestra intervención como observadores y consultores, así como aval ciudadano en la que hemos intervenido.

Segunda etapa 2009-2010

Con la nueva administración estatal en el gobierno estatal incluso personas de diferente partido que dio vida al proyecto del Hospital de la Amistad HdA compuesta en su cuadro directivo con personas experimentadas del sector principalmente en los modelos de gestión de hospitales clásicos y ascendiendo a un médico que había tomado el Diplomado Internacional en Gestión de Hospitales (DIGH), como responsable del área médica, explicados en la parte 2 del presente trabajo, (opiniones del Director D, ver anexo 10), sin embargo la forma como se dan los cambios de directivos y una fuerte presencia e intervención de autoridades estatales en la gestión de los recursos inhibió el proceso que se venía dando como veremos con los comentarios del personal seleccionado para ser entrevistados en el trabajo de campo.

Tan bruscos fueron los cambios –los doctores que tomaron el DIGH directivos en la primera etapa continúan colaborando como médicos del Hospital-, que incluso el departamento de calidad e innovación creado en la primera etapa, su responsable fue presionado a renunciar una vez conseguida la acreditación del Hospital, y no se nombró director del hospital sino encargada –sin ninguna experiencia en la gestión de hospitales por cierto-.

Por último deseamos hacer hincapié que durante la primera etapa (2004-2008), es de donde hemos extraído la fundamentación de nuestras observaciones, reflexiones y opiniones, así como la parte metodológica como hemos mencionado anteriormente. Durante la segunda etapa (2009-2010), en mi calidad de intervención como aval ciudadano pude reafirmar mis observaciones y conclusiones realizadas en la etapa anterior.

En esta capítulo, del presente trabajo, por tanto, presentaremos los resultados de la investigación realizada, en la que describiremos lo que sucedió en el Hospital de la Amistad (HdA), lo que se observó y contrastar la realidad observada con la teoría expuesta y fijando nuestra posición al respecto, constituyendo con ello el análisis y discusión de los resultados obtenidos.

5.2. Las reflexiones y análisis acerca de lo observado en el trabajo de campo.-

5.2.1. La organización, su dinámica, análisis y modo de intervención en el Hospital de la Amistad, (HdA).

Tanto en el trabajo de campo en el hospital pediátrico, así como la información obtenida y enriquecida de los principales ejecutivos y responsables tanto en el área médica, como administrativa, actores principales en los 15 clínicas u hospitales, más representativos en el estado integrantes de la red formada como consecuencia del Diplomado en Gestión de Hospitales denominada “Consultores en Red para el Análisis y la Asistencia del Sector Salud” (CREAASS) en la región maya, esto es la península de Yucatán, México, compuesta por médicos, enfermeras, administrativos y otras profesionales expertos en el tema, teniendo un total de 29 entrevistas que nos revelan lo siguiente:

5.2.2. Análisis del medio ambiente (factores) externos e internos que impactan al Hospital de la Amistad HdA.

5.2.2.1. Factores externos e internos,

El HdA, se desenvuelve y desarrolla dentro de un contexto complejo, inestable por tanto al prestar la atención al contexto como lo mencionan Tom Burns (1994), Gaynor (1999) y Whyte (1956).

Sin embargo al observar comportamientos típicos de sistemas mecanicistas y burocráticos, esto es, apegos a los manuales, procedimientos y exceso de formalismos, despersonalización indirecta ¹², jerarquizaciones, rutinas y procedimientos, provocando estas acciones, rutinas y costumbres que en muchas ocasiones, dan lugar a choques y resistencias, dificultando la deficiente atención del usuario o paciente, y provocando por tanto, entre otras distorsiones, obsesiones como por ejemplo el seguir modelos como el de la calidad total, en lugar de entender que es mejor y más efectivo trabajar de una manera integral, el uso y manejo de los recursos existen que permitan como consecuencia de las buenas prácticas, el resultado deseado de trabajar con calidad y no tenerlo como único y principal objetivo.

Estos comportamientos por cierto fueron observados y se evidenciaron mucho más en la segunda etapa del caso estudiado.

Pensamos que lo recomendable sería explorar otro tipo de hacer, pensar y accionar, de organizaciones más flexibles y que son más eficientes en los tiempos de turbulencia y cambio r (Burns T. &, 1994)

¹² A pesar de la naturaleza del servicio y vocación de médicos y enfermeras a pesar de la naturaleza del servicio y vocación de médicos y enfermeras

Análisis de datos y la discusión de los resultados

En contextos estables, las reglas normas y procedimientos pueden ser consistentes con el tipo de organización burocrática en contraste con la necesidad de una organización flexible y orgánica que resulta más eficiente en tiempos de turbulencia y cambio.

No hay que olvidar que mientras más se baje en la pirámide organizacional los subordinados tienen menos participación, menos información, conocen menos los problemas, la tarea es subdividida menos, con menos actividades, menor autoridad, sus niveles de habilidades y competencias son menores y tienen menor capacidad de tomar decisiones apropiadas.

Tampoco hay que olvidar que en un hospital la mayor parte del personal tiene altas capacidades profesionales, incluso certificadas.

Muchas veces las personas no cumplen los acuerdos establecidos (Director (D) etapa 1(anexo 10), Director Administrativo (DA) (anexo 12) y Coordinador de calidad e innovación (CCI) (ver anexo 13), a pesar del genuino esfuerzo por controlar el comportamiento individual o de grupo (Etzioni, 1975), establecidos en los manuales y también se ha visto que para estar más comprometido es más importante la interrelación, con los responsables y con los pares que por mecanismos de control más formales.

En el caso del Hospital de la Amistad estas influencias o factores estuvieron presentes todo el tiempo,

- El entorno económico.- Aunado a la crisis mundial y recientemente la urgencia sanitaria han hecho más compleja su gestión, independientemente del agotamiento del bono demográfico (pág.142, la necesidad de mayor inversión, la escasez de recursos etc. (DA anexo 12). (D anexo 10)

- El entorno político.- El cambio de gobierno estatal, la fuerte influencia en el presupuesto y por tanto la asignación de recursos impactó de una manera negativa ya que al entrar un partido en el poder distinto al que dio origen al hospital, este no fue visto con buenos ojos.

De hecho viene a explicar las limitantes en la recolección de datos y tratar de explicar con mayor profundidad como hubiéramos deseado, así como en lo que está sucediendo.

También se observó la falta de interés por nombrar a un director, por parte de las autoridades estatales de salud, ya que hasta el momento de redactar el presente documento se cuenta con una encargada de la dirección con poca experiencia en cargos directivos. (DA anexo 12), (D anexo 10)

- El entorno social.- Las exigencias de la población rural sobre todo en la prestación de un servicio que se percibía con calidad ejerce una fuerte influencia y presión en la segunda etapa, y al lograr la acreditación obliga al Hospital a prestar una mayor cobertura, aunado a una

intención presidencial de contar con seguro universal y que desde el inicio de la actual gestión hubo una declaratoria en el sentido de que todo niño que haya nacido a partir del 1 de diciembre de 2006, contaría con servicio de salud gratuito.

-La tecnología también estuvo y está presente sobre todo incorporando nuevas tecnologías tanto en el ejercicio de la medicina como en la propia gestión administrativa, con la incorporación de conceptos como telemedicina, e iniciar el proceso para establecer el expediente electrónico de los pacientes entendiendo la satisfacción y percepción del servicio prestado, atendiendo sus derechos fundamentales que tienen como pacientes, (Director Médico DM ver anexo 11), (Dres. y Enfs. anexos 14 y 15)

La competencia sobre todo en el terreno individual en el ejercicio profesional con otros colegas médicos por ejemplo, así como en la obtención de más recursos económicos ya sea por la parte de los donativos o de las aportaciones del gobierno del estado, y también entre unidades de atención pediátrica, existentes en otros hospitales que dan atención al mismo segmento que atiende el HdA, sin embargo la innovación establecida, y la prestación del servicio de una manera más dinámica y percibida como moderna y más eficiente han permitido que esta variable si esté relacionada e impacte positivamente al hospital, particularmente en la primera etapa, incluso hospitales de otras partes del país con características similares acudieron a visitarlo con el objetivo de ver como habían logrado en tan poco tiempo la acreditación e iniciar el proceso para la certificación del mismo.

Por tanto podemos decir que el entorno externo que impacta al HdA es de incertidumbre, y una alta complejidad que obliga a tener que tomar decisiones a los administradores inmersos en el día a día, pero a la vez impidiéndoles poder otros anteojos para ver la realidad que les rodea. Estos factores por tanto han sido importantes en el caso observado.

5.2.2.2. Factores internos.-

En el caso del Hospital de la Amistad -en su primera etapa- el líder del proyecto, en este caso el director general, logró integrar un equipo directivo que intentó transmitir a la estructura, un espíritu de identidad institucional y orgullo de pertenecer al hospita y por tanto al resto del personal organizados e intentando organizar en equipos de trabajo, de acuerdo al organigrama existente (anexo 4), así como intentando todo el tiempo transmitir la misión, visión y valores culturales.

Sin embargo los objetivos y estrategias nunca fueron publicitadas, lo cual da inicio a la falta de información necesaria en cualquier organización que requiere lograr transformaciones significativas, y que, como toda red de interrelaciones existentes en una entidad como las redes neuronales que propone Maturana (2003), es necesaria por ende mucha comunicación e intercambio de información que afecte a la estructura que se haya establecido, ya que es un

Análisis de datos y la discusión de los resultados

factor interno importante. Además tratemos de analizar los elementos divulgados en el Hospital:

- Misión: Es un Hospital dedicado a dar servicio de salud a la población infantil de escasos recursos, brindándoles una atención médico-quirúrgica de excelencia, eficiente y con calidez humana; bajo principios éticos, manteniendo siempre informada y bien tratada a la familia y al paciente siempre tratando bien y manteniendo informada a la familia y al paciente; pero sobre todo comprometido con la realización de procesos de investigación dentro de las ciencias médicas; así como metodologías innovadoras y actualizadas de tratamiento, procurando además colaborar con la formación de personal médico especialista del mejor nivel en la región.

Aunque es una declaración amplia, concreta, motivadora y posible de lograr, observamos por una parte el énfasis de mantener incluso redundando, el concepto de mantener informado al paciente y a la familia del mismo, cosa que no ocurre con los empleados del hospital al no conocer todos la misión, visión, objetivos, y estrategias observados en las entrevistas (ver anexos 14 y 15 , médicos y enfermeras y personal del hospital entrevistado), por otra parte, no se menciona para nada la necesidad de investigación dentro del área administrativa.

Así mismo, se observa la necesidad de contar con una formación administrativa, por parte del personal de la salud, que actualmente en nuestra región no la tienen, así como del personal administrativo, una formación que les permita tomar conciencia de la problemática en la administración de la salud, lo anterior, lo mencionamos, como resultado del análisis efectuado al observar, la fuerte influencia de los directivos médicos en la forma de construir la información para la toma de decisiones, así como el desinterés y desinformación en materia de administración, sucediendo algo similar con el personal administrativo en cuanto al manejo del concepto administración de la salud.

Aquí lo importante, es conjuntar ambos campos del conocimiento, la Salud y la Administración, en la gestión de un hospital, para así poder contribuir a una concientización colectiva de ambos campos del conocimiento en la gestión de un hospital, cobrando una relevancia muy especial el manejo e importancia del personal o lo que se ha dado en llamar factor humano, dentro del Hospital en el cual prestará el servicio.

Sin este propósito y conciencia de su importancia, al no incorporarlo, pensamos, que dentro de nuestra forma de hacer las cosas en nuestro país, no podrán darse condiciones propicias para lograr aprendizajes, y como consecuencia, cambios en los comportamientos que contribuyan a los propósitos de las organizaciones de la salud.

En el caso de la visión del hospital tenemos lo siguiente:

Análisis de datos y la discusión de los resultados

- “Visión: Ser un Hospital a la vanguardia con reconocimiento local, estatal y a nivel nacional, por su método (mística y estilo) de funcionamiento bajo un enfoque humanista; contando con recursos humanos y tecnológicos calificados; y al mismo tiempo formador de conocimientos, preceptos y capital humano de las más alta calidad para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los niños”.

Esta visión está presente al final de cuentas en el personal entrevistado (DM anexo 11.), (DA, anexo 12), (CCI anexo 13), (Médicos, enfermeras y personal anexos 14 y 15)), así como el reconocimiento de lo complejo que es la gestión de una organización, particularmente en el sector salud y agregaríamos en un país y zona como la que habitamos con sus particularidades culturales.

“.....la consigna, hacer lo que se debe hacer, de la manera correcta, cuando se debiera hacer, lo más importante sabíamos el rumbo y a donde queríamos llegar, el compromiso es con los paciente, son también importantes las relaciones, amistades y asesorías...”, es una clara muestra del pensar del entonces director general y que fue percibida y atendida por los equipos de trabajo formados (D anexo 10)

Así mismo esta declaración tiene como principales elementos:

“Vanguardia con reconocimiento local, estatal y nacional por su método de funcionamiento”.

- a. Enfoque humanista con personal con las competencias requeridas.
- b. Formador de conocimientos
- c. Capital humano

Estos elementos estuvieron presentes durante el lapso observado en alguna medida, permitiendo insistimos que el Hospital se acreditara en un corto plazo (en cuatro años desde su creación siendo el primero en el estado).

Se configuró un equipo de trabajo que a pesar del cambio de directivos con mentalidad y estilos distintos de hacer las cosas de una manera mecánica y mantener con problemas el acreditamiento y buscando obtener el siguiente nivel de reconocimiento que es la certificación, en la segunda etapa lo cual consideramos hará que el reto no sea nada fácil.

“Formador de recursos humanos” en virtud de que cuando se crea el Hospital de Alta Especialidad o nuevas unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social, un buen número de enfermeras emigró a ese nuevo centro de trabajo por mejores condiciones económicas ya que este último es un Hospital Federal con mayor presupuesto y mejores prestaciones. (DA anexo 12)

Análisis de datos y la discusión de los resultados

El capital humano formado es el que mantiene todavía la operación eficiente del Hospital.

Y consideramos que contribuyó en la etapa inicial como hasta la fecha al hospital.

La estructura en el hospital establecida en donde se amalgamaron perfectamente la parte médica y la administrativa complementándose al aportar las competencias de cada responsable y que formaron un equipo directivo, en donde el director general (D) (anexo 10), director médico (DM, anexo 11), el director administrativo (DA anexo 12) del hospital tomaban de una manera participativa acciones estratégicas intentando involucrar posteriormente al resto de la estructura.

Los procesos mejoraron al entender el personal la importancia de su puesto, responsabilidad y tomar los compromisos entre otros y aportar ideas para mejorarlos.

La percepción del buen servicio aún se mantiene aunque en franco deterioro al no mantener la nueva administración la cultura organización y el clima ya construido.

En el caso del Hospital de la Amistad pudimos observar que el personal al contar con un perfil adecuado, y percibir la existencia de liderazgos por parte de los principales responsables, particularmente del director del hospital y al ir observando y percibiendo mejoras en los procesos y en los resultados, lenta y paulatinamente se fueron incorporando a las nuevas formas de hacer las cosas, tanto en el proceso como en asumir las responsabilidades de su puesto, al percibir cierta estabilidad y se creó un ambiente adecuado para incentivar la creatividad que permitió ir formando espirales de aprendizaje, quizá de una manera inconsciente, así como entender la importancia de colaborar en forma grupal y las ventajas que ello acarrea

- **La aceptación y el compromiso**

En el caso del Hospital de la Amistad se dio el entendimiento del lado emocional pero no de una manera consciente ni profunda, algo ayudó mucho y fue la formación recibida en el Diplomado Internacional en Gestión de Hospitales (que nuestros colegas europeos como parte de impulsar cambios en apoyo a nuestra labor como consultores con el método de investigación-acción en nuestra intervención, en el sector salud en nuestra región, para impulsar los aprendizajes requeridos).

Pensamos que al participar en el diplomado, se proporcionaron conocimientos que iniciaron a ser aplicados, tan es así que incluso se crea una coordinación encargada de aplicar algunos de los conceptos conocidos, sin embargo el cambio de administración contribuyó a que no se enraizara más el cambio en las personas, ni permitió el tiempo para impulsar como interventores las nuevas formas de ver, pensar, actuar en una organización.

Análisis de datos y la discusión de los resultados

Quizá con un poco más de tiempo se hubiera logrado que las personas que trabajan en el Hospital a pesar de los cambios de la autoridades, no se hubieran afectados los frutos obtenidos y que empezaron a surgir como consecuencia del trabajo realizado durante la administración anterior.

- **Tratar de transformar a un equipo de trabajo estableciendo tácticas de control y/o imposición**

En el caso del Hospital de la Amistad la obsesión del control metida hasta la médula en las organizaciones mexicanas producto del mecanicismo y taylorismo clásico imperante hace que la normatividad en la gestión hospitalaria sea un obstáculo importante que impide un mayor avance para lograr cambios, funge como una camisa de fuerza que no es fácil de romper y que limita mucho la visión y la gestión en las organizaciones mexicanas, el caso del HdA no es la excepción.

- **Advertir el poder de la integración**

En el caso del HdA aunque se fue construyendo en un principio al ir incorporando al personal, faltó tiempo para poder realizar los ajustes necesarios, como por ejemplo introducir conceptos tales como el aprendizaje individual o las organizaciones que aprenden a aprender para posteriormente aplicarlas, sin embargo aunque observamos que las mejoras, acciones y buenas prácticas observadas en la primera etapa, se establecieron, pensamos que tuvo una duración de corto plazo dándole una temporalidad a las mejoras logradas.

- **Confiar en que la gente es sincera**

En el caso del Hospital de la Amistad muchas personas producto de la cultura mexicana a decir de las ex–autoridades del hospital, fueron sinceras, congruentes en una gran mayoría y por eso se pudieron lograr algunos avances, pero con el paso del tiempo muchos regresaron a sus antiguas formas de trabajar producto del regreso a un esquema tradicional e inseguro de hacer las cosas.

- **Poder**

El poder también estuvo presente de diversas maneras por ejemplo

- a) En ocasiones el personal que no pudo continuar con las exigencias y requerimientos de sus funciones ante una situación tuvo que ser removida (en la primera etapa), en la segunda etapa se da más bien quizá obedeciendo a intereses de grupo (político en el caso del HdA).
- b) En la distribución de recursos facilitando considerando un mayor estímulos a aquellos que están más comprometidos con otros en el proyecto esto durante la primera etapa.

Análisis de datos y la discusión de los resultados

(Tanto en la primera como sobre todo en la segunda etapa el impacto del poder ejercido por el Gobierno del Estado en el presupuesto del Hospital es evidente por conducto del apoyo presupuestal).

El compromiso estuvo basado sobre todo por la selección adecuada del personal (DA anexo 12), (DM anexo 11), (CCI anexo 13), (Dres., y Enfermeras anexo 14 y 15), al tener un sentido vocacional por servir, interés en el proyecto (involucramiento moral y remunerativo de Etzioni (1975), y en muchos casos incrementado por los estímulos, esto ratifica el comportamiento Taylorano del HdA, como el de muchas organizaciones mexicanas.

Por tanto estamos de acuerdo con Crozier (1976), en el sentido que al existir los grupos de trabajo (ver organigrama sección anexo 4) están presentes los juegos de poder como en la distribución –asignación de recursos, que están presentes en los arreglos organizacionales burocráticos.

- **Valores culturales**

Los valores culturales que rigen a la gente que labora en el hospital de la Amistad son de tipo universal y aplicable a todas las creencias y estilos de personalidad. Los valores que deben regir el actuar de las personas que laboran en el Hospital son: honestidad, trabajo en equipo, disponibilidad, actitud de servicio, compromiso, empatía, eficiencia, amabilidad.

Al respecto pensamos que existía la confianza, el respeto y que tal declaración en términos que pudimos palpar y observar si se cumplían contribuyendo a un agradable clima de trabajo que permitió lograr avances significativos en la forma de hacer las cosas pero que pensamos pudo haberse realizado más si se hubiera contado con la información y aprendizaje de temas como lo son el cambio, la innovación, el aprendizaje-desaprendizaje, los bucles del aprendizaje, etc., que al ser asimilados por las personas de una organización hubieran avanzando quizá más rápido y con mayores y mejores consecuencias que permanecerían o al menos más difícil de entorpecer en el tiempo a pesar de los cambios en la administración. De ahí que la declaración del director general (D anexo 10) “No se debería tener prisa lo importante era hacerlo bien”

- **Recursos**

Por otra parte en materia de recursos podemos decir que se contaron con los recursos financieros necesarios aunque escasos para operar el Hospital, se contó con el personal adecuado con la experiencia y conocimiento que sus altas especialidades les proporcionan, el inicio de una cultura informática incorporándolo a los procesos de la entidad.

Aquí es importante destacar que las relaciones y habilidades del director general y su equipo directivo para conseguir otras fuentes de financiamiento como donativos y recursos propios,

Análisis de datos y la discusión de los resultados

fueron importantes para impulsar las acciones que se dieron en un hospital de reciente creación y con consecuencias positivas que en sus inicios eran inciertos.

Sin embargo en la segunda etapa, al carecer de estas relaciones, el hospital ha sufrido las consecuencias de contar con un esquema en donde se depende únicamente del presupuesto estatal y la caída dramática de la obtención de otros ingresos como los donativos y generación de recursos propios.

Por otra parte cuenta con las instalaciones y equipos necesarios para prestar un servicio percibido por los usuarios como eficiente y adecuado (en nuestra calidad de aval ciudadano tengo las evidencias de ello).

- **Sistemas y Procedimientos**

Consideramos que se contaron con los sistemas y procedimientos adecuados para la adecuada marcha de la organización, sin embargo estamos seguros que podrán siempre estar sujetos a un proceso de aprendizaje continuo. Sería interesante realizar algún estudio comparativo para trabajar en los enfoques entre una organización que aprende a aprender y una organización tayloriana clásica dentro del sector.

- **Relaciones e Identidad**

Según nuestras observaciones (matriz de contrastación pág.136, cap.3), la confianza, la atención a las relaciones humanas y sociales estrechas, en cierta forma, estuvieron presentes y se reflejan en los resultados del HdA, pero insistimos, quizá no de una manera consciente sino que se fue impulsando desde la Dirección del hospital, (tan es así que al producirse el cambio de director, la motivación cayó drásticamente ya que contribuyó fuertemente a la motivación y al deseo de estar y pertenecer al Hospital, provocando en el personal el orgullo de pertenecer al mismo. Por otra parte el HdA cuenta con logotipo, estructura, declaraciones, registros, etc., contando con una identidad propia.

- **Factor Humano**

El alma del HdA es el personal que fue contratado y seleccionado con cuidado y esmero, (aunque con fallas algunos de ellos, según comentarios del propio Director del Hospital, al no ser tan leales y no haber podido ser detectadas esa carencia de valores en la selección), ya que finalmente, las personas que trabajan en el Hospital, contribuyeron a obtener los resultados deseados en relativamente poco tiempo.

El clima adecuado para trabajar, lograr el orgullo de ser un hospital pediátrico reconocido por sus logros: el número de pacientes atendidos, lograr la acreditación en un tiempo relativamente corto, servir de base a lo que fue el programa de aval ciudadano a nivel federal (la sociedad

Análisis de datos y la discusión de los resultados

civil observa y vigila la atención y derechos de los pacientes y las familias, y dando un paso a la concientización del servicio y esfuerzo para darlo) (DA pág. ver anexo 12).

Un componente que consideramos importante mencionar fue la estrategia exitosa implementada en lo que podría denominarse una perspectiva completa, esto es, ningún plan tendrá éxito si no está basado en una valoración realista de todos los hechos relevantes.

Lo anterior es en si el proceso de planeación, al establecer, quién, qué, cuándo, dónde, cómo, porqué. Además de preguntarse, ¿cuál es el plan?, ¿a quién afectará el plan?, ¿porqué es este el plan?, ¿cuáles son los planes necesarios para implementarlo? etc. Si el planificador no da un paso atrás y mira todo el cuadro y lo ve con otros anteojos de cómo se llevará a cabo el plan, el plan casi seguramente fallará, cuando se encuentre en circunstancias inesperadas, imprevistas, o cuando haya muchas acciones no previstas que se opongan al plan. Incluso en situaciones de emergencia es importante tomarse el tiempo para valorar las circunstancias antes de implementar el plan.¹³

En el caso del Hospital de la Amistad -en su primera etapa- este componente también estuvo presente al contar con un adecuado plan de crecimiento y desarrollo, tener claro que el servicio está dirigido a un segmento de la población, en el cual se generaron proyectos que germinaron cuatro o cinco años después teniendo las siguientes consecuencias (expresados por el personal que entrevistado):

“...ser el primer hospital público con cirugía pediátrica laparoscópica, haber iniciado el programa de Retinopatía del Prematuro, haber iniciado el seguimiento en la consulta de los pacientes que habían sido prematuros, contar con personal con más subespecialidades en pediatría, contar con una consulta pediátrica de buen nivel sin tener que pasar antes con el médico general, ser fuente proveedora de enfermeras para otros hospitales del sistema federal, y por si fuera poco ser el primer hospital acreditado y que está trabajando para ser certificado”. (D anexo 10), (DM anexo 11) (DA anexo 12), (CCI anexo 13).

Logros obtenidos como consecuencia de contar con un plan de desarrollo, integración de equipos de trabajo, acciones adecuadas como haber creado un departamento de calidad e innovación, (no hay que olvidar que hubiera sido mejor un enfoque de impulsar el concepto y

¹³ Por ejemplo en relación al teléfono celular, en sus primeras etapas hubo informes que sugerían que los teléfonos celulares causaban cáncer cerebral, y ese informe se propagó en una empresa líder de telefonía extranjera causando conmoción entre el personal de dicha empresa y lo más fácil hubiera sido que la empresa tuviera una reacción automática diciendo que no era verdad, tratando de acallar la noticia, pero en vez de ello la empresa lo que hizo fue tomarse el tiempo necesario para reunir a un grupo de gente. El dueño de la empresa designó al vicepresidente de la misma como responsable del proyecto y trabajaron para analizar las circunstancias investigando y reflexionando: ¿quién hace la acusación? ¿había alguna razón para creer que fuera cierto? ¿qué decían los clientes? ¿los empleados? ¿cuál era la postura del personal ejecutivo como empresa y cómo se reflejaría en la respuesta a esa acusación? El equipo de trabajo se reunió todos los días y desarrollaron todo un plan completo que pensaron respondía a la acusación y cumplía con los valores de la empresa. Contaba con varias partes en una se incluía hacer que toda la industria celular trabajara unida, para respaldar un estudio de las cuestiones de salud relacionadas con los teléfonos celulares. Se desarrollaron respuestas para las preocupaciones de los clientes y empleados y una estrategia para llevar o mediar la tensión que se estaba generando

proyecto organización que aprende a aprender), que se avocó a dar seguimiento a los puntos que en una primera evaluación de acreditación obtuvo una evaluación de 35 puntos de 100 posibles y en lugar de desalentarse, se vio con otros ojos y se encaminaron todos los esfuerzos en hacer énfasis en la necesidad de trabajar en procesos y motivación al personal que trajeron no solo el acreditamiento sino los resultados antes enunciados.

El nivel intermedio en el hospital es el que se encarga de ejecutar el proyecto y transmitir la información al resto del personal, quizá más que la supervisión del cumplimiento de esta encomienda, sería mejor, si se contara con el apoyo de la tecnología en tiempo real, ya que todos los integrantes podrían estar permanentemente comunicados y participando de una manera más activa, que bajo los esquemas tradicionales de los supervisores.

Al no entender los verdaderos roles que deben adoptar en virtud a lo que requiere y exige una organización inteligente, los empleados, se concretan, como consecuencia de su nivel de aprendizaje, a experiencias y vivencias anteriores, y por tanto a imitar o replicar modelos clásicos de supervisión y comunicación.

Por último para concluir con esta parte podemos decir entonces que en nuestra opinión el HdA en el caso estudiado en su primera etapa es:

- Una pequeña organización hospitalaria sin fines de lucro, que proporciona servicio de salud a la población infantil de escasos recursos.
- Brindándoles una atención que busca la excelencia médica y atención adecuada a los pacientes, que además cuenta con una estructura formal (Tayloriano y mecanicista), y que según Mintzberg (1994) , sería realmente una burocracia mecanicista profesional.
- El HdA se encuentra ubicado en la ciudad de Mérida y tiene una cobertura estatal y regional, y con algunos impactos de su actuación a nivel federal.
- Su financiamiento es tripartito y con procesos con cierto grado de flexibilidad (en su primera etapa) que contribuyó a iniciar transformaciones y lograr los resultados descritos en el presente trabajo, que en nuestra opinión fueron temporales, ya que la continuidad, la falta de profesionalización pero sobre todo el no poder incorporarse a la dinámica de establecer las bases de contar con una organización que aprende a aprender, no se logró conocer, permear y establecer.

5.3. Aprendizaje-desaprendizaje, conocimiento para aprender y cambiar en el Hospital de la Amistad (HdA).

En esta sección describiremos una reflexión personal en virtud de que los actores del HdA desconocen en realidad estos conceptos, nos apoyaremos entonces en la teoría establecida en el marco teórico así como en la reflexión personal.

Análisis de datos y la discusión de los resultados

Los bucles del aprendizaje de Argyris (1996).

Ahora bien en el HdA en su primera etapa, las personas involucradas en los procesos del hospital tenían la capacidad para inferir rutinas que guiarían el comportamiento de actuación en un futuro, basándose en sus experiencias pasadas y con capacidad o aptitudes para adaptarse al cambio. Por tanto, en principio, es una organización abierta a los aprendizajes.

Por otra parte, la organización si lograba obtener información de su entorno, y en su caso, era aprovechada para tomar decisiones con capacidad de adaptarse y de ir corrigiendo errores, entonces se respondía, simplemente, como cualquier hospital con la misma información, por tanto el bucle sencillo del aprendizaje estuvo presente todo el tiempo.

Pero trasladar del nivel operativo al estratégico resultó nulo en nuestra opinión, ya que es más difícil de lograr por una parte, el proceso de cuestionar y desafiar permanentemente los asuntos que son clave, estratégicos para el hospital, así como los culturales y/o estructurales, con el cual se lograrían aprendizajes significativos que logren nuevos mapas mentales en las personas y por tanto nuevos conocimientos y aprendizajes y permitir incluso los desaprendizajes, que al establecerlos o lograrlos pueden ayudar de una manera significativa a construir ventajas competitivas que van mucho más allá de la adaptación.

Asi mismo, faltó encaminar al grupo de personas integradas al hospital en un estado de aprender a emprender acciones y aprender nuevos conocimientos que permitirían transformaciones producto de los nuevos mapas mentales, que generan cambios en la actitud de las personas y generan nuevos comportamientos que pensamos son más proactivos y que permanecen en el tiempo.

Por tanto, pensar en lograr un Metaaprendizaje o metacognición, como nos menciona nuestro asesor el Dr. Larrasquet (2009), esto es el lograr el “aprender a aprender”, es elevar un nivel más en los aprendizajes individuales y cuestionar, reflexionar sobre los aprendizajes individuales adquiridos en los dos bucles anteriores, lo cual es el máximo nivel que puede acceder una organización.

En lo que se refiere a la transformación del conocimiento en el HdA pudimos observar que existe la socialización requerida de una manera parcial ya que las enfermeras, sobre todo, se apoyan generalmente con fuerte colaboración y cooperación, por tanto, se trataría de una transferencia de conocimiento tácito a tácito según Nonaka (1999).

La capacitación existente, los cursos y talleres que el personal tomaba, es otro claro ejemplo ya que son lugares propios para el intercambio de experiencias. De ahí que por ejemplo, el DIGH generó frutos¹⁴ puesto que dicha formación ha permitido darle vida a una red de consultores en el área de la salud (CREAASS-TIO), que tiene una alta participación a los eventos que se les

¹⁴ A un año de haber concluido la segunda generación y a tres años de habelo hecho la primera generación.

Análisis de datos y la discusión de los resultados

convoca, y que están preparándose nuevos proyectos que impactarán a los hospitales y al entorno de los integrantes que trabajan en esta red, puesto que son personas que se llevaron experiencias y asimilaron conocimientos e información generando nuevos mapas mentales, cambio de actitudes y nuevos comportamientos logrando aprendizajes.

En el HdA, podríamos decir, que se inició el proceso de generar esos conocimientos subjetivos (tácito) a conceptos explícitos (externalización) al crearse la coordinación de calidad.

Aunque en nuestra opinión, no fue lo más adecuado, sino que hubiera sido mejor, una coordinación de transformación e innovación, que entre alguna de sus funciones se dedicara a la atención y satisfacción del paciente.

Sin embargo esta estructura creada ayudó a obtener resultados, destacándose el ser primer hospital en lugar la acreditación requerida, y aunque no llegó a permear a todos la información y el conocimiento, en cuanto a la información necesaria para la atención satisfactoria, a pesar de haber tenido avances significativos, no se tuvo conocimiento, al menos registrado, o acciones observables, en el sentido de generar conocimientos relativos al aprendizaje individual o al menos de los grupos de trabajo.

El conocimiento de lo explícito a lo explícito sí se logró en cambio, ya que las nuevas tecnologías, de comunicación, permitieron aplicar correos electrónicos, teleconferencias, iniciar a dar los pasos para el expediente electrónico de los pacientes, informes y estadísticas.

Y por último los integrantes del HdA que tomaron el DIGH interiorizaron los conocimientos del mismo, reflexionaron y ejecutaron acciones que siguen realizando, lo que en nuestra opinión a evitado que el hospital cayera en una fuerte crisis ya que aunque no se ha seguido el modelo al regresar a antiguos esquemas de ejecución aquellos que adquirieron esos conocimientos, los siguen aplicando. Por tanto el conocimiento explícito se volvió un conocimiento tácito no solo para los integrantes del HdA, sino también para los expertos que lo tomaron (anexo 16 y 17).

De lo anteriormente descrito podemos comentar que de acuerdo con Choo (1988).

Los elementos para que una organización inteligente exista es necesario que al menos integre eficazmente la percepción, la creación del conocimiento y la toma de decisiones.

Asimismo al igual que Nonaka (1999), estamos convencidos al finalizar este trabajo, que aquellas organizaciones que evolucionan y aprenden e innovan continuamente, para cambiar y no sólo adaptarse, sino volverse una entidad proactiva y no reactiva, en un entorno cada vez más complejo y exigente, es el mejor camino.

Actualmente en este mundo cada día más complejo como sucede en el caso estudiado, el personal directivo del Hospital, aunque realizó intentos, estos se quedaron cortos, en virtud a no contar con los conocimientos del tema, tomarlos y aprehenderlos, así como el tiempo requerido para tener la oportunidad de establecerlo.

Análisis de datos y la discusión de los resultados

La reflexión que nos queda es que hay muchos retos de aprendizaje en el sector y con el conocimiento y aprendizaje adquirido se puede intentar contribuir al desarrollo del mismo mediante proyectos y la colaboración y cooperación de las redes formadas.

Por otra parte coincidimos con Knowles (2001), en cuanto a que el aprendizaje es un proceso por el que se adquiere un cambio en el comportamiento además de la obtención del conocimiento y las habilidades requeridos.

Desde nuestra óptica, es necesario impulsar dicho concepto para que las organizaciones asimilen, estudien, investiguen y adopten para poder evolucionar, pero para ello se requiere cierta disposición y voluntad de quererlo hacer, ya que la comodidad de seguir haciendo lo que siempre se ha hecho y evitar correr los riesgos, que por cierto son mínimos comparándolos con los beneficios que lleva esta nueva forma de pensar y actuar.

Lo anteriormente descrito en virtud de que en nuestras formas de trabajar, el cometer un error es mal visto y todo ello desde nuestra formación básica lo llevamos grabado, hasta la médula, cuando en realidad el actuar, el experimentar, el cometer errores es fundamental para aprender, por eso el concepto desaprendizaje establecido por Argyris (1999), es muy importante ya que el cometer errores no representa realmente un problema, el problema es el no identificarlos para corregir y eliminar malas prácticas que muchas veces, producto de la irreflexión y del desconocimiento del tema, son fuente para aprender.

En el entendido de la importancia de iniciar ya, a conocer el segundo bucle del conocimiento, para poder construir realmente ventajas competitivas al lograr aprendizajes significativos pero producto de una reflexión y de los espacios que para ello deben promoverse e impulsarse en las organizaciones, siendo conscientes que llegar al meta aprendizaje (aprender a aprender) es posible de lograr, entender e interiorizar.

Es por ello que, por una parte, la importancia que tiene la interrelación de los integrantes de la entidad, contar con los espacios de reflexión y discusión, pero iniciando siempre con la autoreflexión y aprendizaje individual que permitirá nuevos esquemas, representaciones y mapas mentales, producto de ese aprendizaje que llevará a adquirir, modificar o transformar actitudes que generarán nuevos comportamientos.

Por tanto, en la medida en que en una organización más personas piensen de este modo, además de asimilar conceptos tan importantes como el compromiso, la responsabilidad, las respuestas deseadas y esperadas acordes con esos nuevos esquemas mentales y que son compartidos y trabajando de una manera cooperativa, y con una fuerte colaboración, podremos hablar entonces de haber conseguido que las organizaciones de salud, particularmente en nuestra cultura, sean significativamente distintas con los resultados positivos siempre deseados y por tanto pasar de organizaciones que reaccionan y se adaptan simplemente hacia un

estadio de una organización que aprende a aprender y no únicamente obsesionarse en obtener acreditamientos o certificaciones.

Así mismo, hay que recordar que el aprendizaje individual es importante y básico, pero para que exista realmente un cambio organizacional, es necesario que cuando lograr un aprendizaje colectivo al hacer las cosas de una manera distinta.

Sin olvidar lo mencionado por Larrasquet (2009), en el sentido de que todo radicará dependiendo del aprendizaje individual que se trate o persiga. Así tenemos que, si el aprendizaje individual va en el sentido y en búsqueda de la interacción, la cooperación y la colaboración, entonces en la medida que los demás integrantes adquieran ese aprendizaje individual se lograría un cambio organizacional, al haber conseguido fuertes impactos en los comportamientos.

Por otra parte pensamos que el adoptar el modelo viajero que integra las fases de diseño e implantación de una manera indistinta y constante como lo mencionan Swieringa y Wierdsma (1995), que realmente es un impulsor o generador de bucles de aprendizaje.

Si a lo anterior agregamos la organización en red que propone Aramburu (2000), pues se irá construyendo un modelo que podría seguirse, aunado a seleccionar y reestructurar a la organización de tal forma que la misma se vuelva más flexible y con una estructura acorde al modelo que permita ir implementado el modelo que propicie los aprendizajes.

Otros elementos que veremos que serían fuertes impulsores del aprendizaje son la cultura, el ambiente, la estrategia y la estructura que proponen Fiol y Lyle (1985), los equipos de trabajo, o trabajar en equipo, y los roles del nuevo líder (animador), como menciona Senge (1992), de ello hablaremos con más detalle en el siguiente apartado.

Por último queremos mencionar que estamos de acuerdo en que todo es situacional y circunstancial, Lawrence y Lorsch (1976), sin embargo, tenemos que cobrar conciencia para obrar en consecuencia y tratar de llegar al mejor aprendizaje.

5.4. Impulsores y resistencias al aprendizaje-desaprendizaje, y a los procesos de cambio en el HdA

5.4.1. Impulsores al aprendizaje y a los procesos de cambio

Es importante destacar que en realidad de todas las entrevistas realizadas, trataremos en esta sección de comentar de acuerdo a nuestras observaciones y reflexiones lo que hemos identificado como impulsores del aprendizaje y del cambio.

Análisis de datos y la discusión de los resultados

Ya hemos hablado de las dos primeros impulsores en búsqueda de nuestro modelo sugerido en las recomendaciones del siguiente capítulo como los son las características del modelo viajero de Swieringa y Wierdsma, aunado a la organización en red que propone Aramburu y la necesidad de que exista una nueva estructura que facilite el aprendizaje, así como lo propuesto por Argyris en el sentido de que el aprendizaje se inicia con los individuos.

Trataremos de ver los elementos que en nuestra opinión son claves e importantes también y para impulsar estos elementos propuestos por Fiol y por Senge para ser vistos con otros lentes.

Con el fin de darle el valor que debe tener el aprendizaje en el individuo, la importancia de aprender de los errores cometidos, darle a las personas la oportunidad de aprender, de desaprender malas prácticas o buenas prácticas para mejorarlas, impulsar espacios para la autoreflexión y autoevaluación, dar retroalimentación individual y grupal, foros, espacios y tiempos de análisis, reflexión y discusión, promover la creatividad, la innovación,

- **Cultura**

Schein (1986), define la cultura organizacional de la siguiente manera:

“cultura organizacional es el patrón de premisas básicas, que un determinado grupo inventó, descubrió o desarrolló en el proceso de aprender a resolver sus problemas de adaptación externa y de integración interna y que funcionaron suficientemente bien a punto de ser consideradas validas y, por ende, de ser enseñadas a nuevos miembros del grupo como la manera correcta de percibir, pensar y sentir en relación a estos problemas” (Schein E. , 1986, pág. 56)

El analizar la cultura del HdA por medio de sus artefactos (ambiente físico, su arquitectura, mobiliario, equipo, instalaciones, logotipos, uniformes del personal, documentos etc.,), como este autor menciona, o mediante las entrevistas realizadas, los valores que hemos podido constatar en sus respuestas y documentos, no nos pueden realmente permitir conocer integralmente, la cultura del hospital, ya sea por que sean manifestaciones visibles, observables, en el caso de las instalaciones, o por la naturaleza humana de los entrevistados quienes pueden aportar opiniones sesgadas y no revelarnos efectivamente como son.

Es realmente en los supuestos inconscientes, que de una manera más o menos confiable, lo que nos revela la forma cómo el grupo percibe, piensa, siente, actúa, en la medida en que se resuelven realmente los retos que tienen por delante, (por tanto la relación del Hospital con el ambiente externo (pacientes, proveedores, autoridades etc.), el cómo el grupo valida una respuesta, esto es, por tradición, revelaciones de la dirección general, o del personal entrevistado. Por tanto los valores, ritos y ceremonias, las normas y la comunicación, los identificamos como los principales elementos que pudieron observarse.

Análisis de datos y la discusión de los resultados

Un hospital es una organización compleja, en las que se realizan actividades y tareas no fáciles al estar de por medio la salud de las personas.

Por ello, la complejidad existe en cualquier organización al prestar un servicio o producir un bien, pero si en una organización hospitalaria, que trata con un factor como la salud y la vida de las personas, la complejidad se vuelve algo incremental.

Si uno visita los hospitales en nuestra región, percibirá un mejor o peor servicio dependiendo del cómo se presta, pero ese cómo dependerá a su vez de los procesos para realizarlo y de las personas integrantes de ese hospital que lo prestan. Personas que están influenciadas por conocimientos, experiencias, vivencias, creencias, costumbres etc., Schein (1986), indica que la cultura se manifiesta en la forma que se hacen las cosas en una organización, lo que es originado por las rutinas o la manera de hacer las cosas y que constituyen comportamientos cotidianos en la prestación del servicio.

Una diferente y nueva cultura favorece al aprendizaje, esto ocurre cuando promueve que las personas avancen en sus aprendizajes, evite que se queden en formas de pensar y actuar pasadas, permita e impulse nuevas formas de pensar y actuar, fomente las oportunidades de cooperación y colaboración, establezca posibilidades de autonomía y de aprendizaje, procure tiempos para la reflexión, así como la posibilidad de la interrelación entre sus integrantes, y sus diálogos, que fomente la participación activa y voluntaria en la construcción de la misión, visión, objetivos, estrategias y valores de la organización, y promueva insistimos, los aprendizajes y desaprendizajes individuales.

Si consideramos que desde el principal directivo hasta la persona que realice el trabajo de menor jerarquía fueron contratados en el HdA, fue porque se consideró que eran necesarios para que la organización cumpliera sus metas.

Desde esta perspectiva, cada empleado es esencial para el éxito de la organización y debe ser escuchado si tiene una opinión adversa sobre una estrategia o proyecto propuesto, puede que las objeciones revelen algo importante, que se haya pasado por alto al desarrollar la estrategia o las acciones discutidas, o puede surgir un malentendido serio y muy difundido sobre lo que es la estrategia, por ejemplo.

Pero aunque las objeciones no fueran más que la expresión de una resistencia personal al cambio, debe otorgarse a las personas la oportunidad de ser escuchadas, con tolerancia y respeto, es, de hecho darle a alguien la importancia y el lugar que le corresponde por derecho como empleado, pero, sobre todo, como persona que trabaja en la organización.

Los mecanismos para solicitar opiniones adversas o cualquier tipo de opiniones deben trabajarse en un plan desde un principio y creo que a veces la gente pasa esto por alto, porque francamente da un poco de miedo tener a alguien presionándonos pero hay que recordar que

Análisis de datos y la discusión de los resultados

esa presión puede ser la fuente de un cambio positivo de nuevas aportaciones positivas al plan.

En el caso del Hospital de la Amistad -en su primera etapa- podemos ver claramente que tanto el respeto a la persona y el respeto a su trabajo, generaron confianza en el personal, quizá de manera inconsciente, pues no se tenía conocimiento de que al establecer un plan o proyecto afecta la vida de las personas que trabajan en una organización.

Pero el deseo de integrar un equipo de trabajo, los valores establecidos y que fueron puestos en práctica entre ellos, así como ese respeto al individuo o persona y a su trabajo, sin importar su jerarquía, hicieron que todas estas ideas permearan en la organización.

Lo anteriormente descrito se logró, pensamos, gracias a la congruencia del sentir, pensar, decir y actuar del cuerpo directivo del HdA, particularmente de su director general, pero que fue seguido por su cuadro directivo, ya que logró transmitirse al personal. El hacer sentir al personal que son personas importantes en su trabajo, en el proyecto del hospital, poder expresarse libremente, contar con el apoyo de la dirección, así como sentirse respaldados por la misma, redundaron en un fuerte compromiso que permitió en pocos años de existencia, pudieron obtener el proceso de acreditamiento y generar un clima organizacional adecuado, clima que se ha ido deteriorando rápidamente con el regreso de las viejas prácticas de gestión que estableció en su segunda etapa la nueva administración del hospital.

A lo anteriormente comentado habría que agregar que en un inicio se tenían reuniones departamentales, además de las reuniones generales, con todo el personal del turno respectivo, en donde se analizaba la problemática del departamento y se transmitía la información actualizada de la marcha del hospital de tal forma que todo el personal tenía pleno conocimiento del estado de desarrollo, los logros y los retos a resolver, permitiendo asimismo al personal aportar ideas para resolver los retos en el trabajo.

Sin embargo, en nuestra opinión, los espacios no fueron los suficientes ni tampoco el adecuado manejo para las discrepancias, ya que en un algún momento, el manejo de la opinión diferente era tratada en forma privada, lo que se tradujo en una falta de armonización e integración total que contribuyó, en nuestra opinión, a desacelerar los comportamientos en las segunda etapa investigada.

- **Ambiente o clima organizacional**

Se entiende por ambiente o clima organizacional al estado prevaleciente en el ánimo de las personas que integran una organización, por tanto comprende las emociones de sus miembros y está muy relacionado con la motivación y compromiso de las personas con una entidad. Describe, por tanto, el nivel de interrelaciones entre los participantes y puede mostrar un nivel positivo o negativo en esas interrelaciones, de seguridad o inseguridad, la confianza para poder

hablar de sus emociones y preocupaciones, y del respeto a la comunicación entre sus miembros.

Por tanto, la comunicación la confianza y la cooperación son importantes dentro de la generación o procuración de ese ámbito de colaboración requerido y necesario. En el caso del HdA ya hemos hablado con anterioridad en cierta forma de ese clima adecuado establecido y promovido por el cuerpo directivo a sugerencia e impulso del Director del mismo.

- **Motivación**

Es importante contar y tener varios roles, pero en definitiva en ambientes estables quizá el modelo X de Mc Gregor (1981), podría funcionar, pero en nuestra visión el modelo está obsoleto en la actualidad.

En la modernidad la teoría Y o la Z de Ouchi (1981), es mucho más aplicable, ya que la confianza, la atención a las relaciones humanas y sociales estrechas cobran hoy vital importancia en un mundo tan complejo y dinámico que vivimos y sería más acorde, pero aún así mantiene sus limitantes ya que pensamos que la motivación es producto de la reflexión que como individuos tengamos y que ese motor es decisión, más que de otros, de uno mismo.

En el HdA está motivación en general estuvo presente en la primera etapa, decayendo dramáticamente en la segunda etapa, particularmente impulsada por la manera de hacer las cosas y la incertidumbre creada, por la nueva administración.

- **Estructura y Estrategia**

Al hablar de estructura estamos hablando de los aspectos físicos, tecnológicos, de procesos, de organización de las personas que intervienen, así como de los recursos financieros, legales, incluso cuya demanda de cambio exige un consumo importante de tiempo, esfuerzo y recursos.

Las formas o configuraciones organizacionales que hemos visto en el marco teórico, nos permiten sugerir que en realidad se debe de generar una capacidad de autoorganización como lo establece Maturana (2003), al producir estructuras propias que les permita establecer una organización que desean aprender a aprender.

Pero hay que tomar en cuenta que en realidad son una consecuencia o producto del aprendizaje de las personas que colaboran. En este caso sería el hospital y son en cierta forma condicionantes para impulsar o inhibir los aprendizajes, para ello tiene que ser flexible. Sin embargo no hay que olvidar que la estructura que hemos comentado depende de la acción y libertad de los individuos ver lo explicado por Giddens (1987).

Análisis de datos y la discusión de los resultados

No hay que olvidar repetimos que la cultura se manifiesta en los comportamientos, objetos y rituales y al tener diferencias entre las personas que colaboran en la organización, afectan la selección de la estrategia, así como a los procesos y acciones que se realizan en la entidad, y por tanto al elegir o seleccionar una estrategia, y ser apropiada, por cada integrante de la entidad puede generar resistencias.

Pero si se superan también son fuente de aprendizajes sobre todo si la estrategia se construye, discute, analiza, reflexiona por los individuos que comparten sus aprendizajes adquiridos en forma individual el factor de lograr una mayor aceptación, ayudará a eliminar las resistencias iniciales, al ser formuladas e implantadas que a su vez impulsarán y generarán conocimiento.

Por tanto podemos concluir que para elegir una estrategia de aprendizaje adecuada, se debe evitar estructuras que limiten la construcción de la misma.

- **Trabajo en equipo.- La importancia del trabajo colaborativo y cooperativo.**

Del aprendizaje cooperativo que propone Johnson y Johnson citados Casanova (2008) y la construcción del trabajo colaborativo como lo señalan Piaget y Vygotsky citados por Maldonado (2007), se desprende la importancia que tiene la construcción del trabajo cooperativo y colaborativo.

En nuestra opinión el clima de una organización lo crean, en su mayor parte, los equipos de trabajo. Por tanto el trabajo en equipo es importante por las sinergias que se crean, sin embargo es importante recalcar, que por un lado, un verdadero trabajo en equipo no es la sumatoria de esfuerzos individuales, sino una comunidad que produce algo alrededor de un objetivo e interés común, son un instrumento de aprendizaje natural conjunto, interacción entre las individualidades para lograr la realización de la tarea o el objetivo.

La construcción conjunta de sentimiento, pensamiento, comunicación y actuación grupal, que son consecuencia del aprendizaje individual de sus integrantes, producirá finalmente cambios de comportamiento individuales y, por ende, del conjunto de las personas mediante la claridad de conceptos y valores tales como el respeto, la tolerancia, el compromiso, asumir las responsabilidades individuales, congruencia y consistencia, perseverancia, cooperación y colaboración entre otros.

Cobrar conciencia que al aprender a trabajar de una manera colaborativa y cooperativa, el respetar la forma de pensar de cada integrante de una manera paciente y tolerante, aprender a escuchar, así como la información, conocimientos, experiencias adquiridos, generará una especie de cerebro colectivo, que guardará en su memoria esos aprendizajes y desaprendizajes adquiridos y que manejará diversos anteojos para ver la realidad.

Análisis de datos y la discusión de los resultados

Los resultados de ese esfuerzo se traducirán en mayores logros que aquellos que podría obtener una sola persona por sí mismo, por tanto una perspectiva múltiple para la resolución de problemas o conflictos por ejemplo, aportando mejores y mayores soluciones, y el grupo al posibilitar la integración, sinergia, concordancia o sincronía puede impulsar con una fuerza superior a la que provoca el aislamiento del trabajo individual o independiente, y evitando las luchas del poder, competencias, rivalidades y protagonismos.

Por otra parte, lo primero es lograr e impulsar el aprendizaje individual que provocará, insistimos, modificaciones en los mapas mentales, y que como consecuencia, producirán cambios en las actitudes y generarán nuevas acciones provocando un cambio de comportamiento y en el actuar de las personas.

En la medida que más personas aprendan, compartan colaboren y cooperen, generarán nuevos comportamientos grupales, provocando cambios significativos en las acciones y en el comportamiento de la organización.

Es necesario que en las organizaciones del sector salud, como lo son los hospitales, adquieran la capacidad de aprender y desaprender, para poder integrarse en verdaderos trabajos en equipo y así puedan desarrollar y evolucionar, para finalmente, generar una espiral de círculos virtuosos que pongan en un movimiento continuo, aprendizajes-desaprendizajes.

En el HdA, en la selección del personal que fue considerado como la clave y piedra angular para el desarrollo del proyecto, sobre todo en la primera etapa, gracias a la integridad y compromiso que tienen en su vocación los médicos y enfermeras por la vida, además de que no han tenido la oportunidad quizá de adquirir malas prácticas, ya que muchos de ellos eran gente joven, y por tanto, no tenían necesidad de desaprender, como podría ser el caso de personal con varios años de experiencia profesional, y por tanto, más reacios a cambios y más proclives a generar comportamientos defensivos.

- **Trabajo Cooperativo y colaborativo**

En tanto que en el trabajo colaborativo, en donde la tarea que se ejecuta de una forma recíproca o mutua y los frutos obtenidos por el Hospital, nunca se hubieran dado si no se realizaba de una manera conjunta, y cuyos integrantes se reunieron a participar de esa manera para lograr un fin; y en el trabajo cooperativo, en donde se apoyaron entre sí, adquirieron conocimientos, compartieron todos los recursos disponibles, así como logros y metas, reafirmando que el éxito individual depende del éxito del equipo.

Estas formas de entender y trabajar en equipo son claves en la nueva forma de hacer las cosas. En nuestra cultura mexicana es importante ahondar en lo anteriormente expuesto, para desaprender el individualismo que las teorías clásicas de administración todavía siguen existiendo en la médula de las personas que trabajan en las organizaciones mexicanas, con

mayor razón en el sector salud y los hospitales, ya que los médicos y enfermeras por sus altas especialidades, sus egos les impiden ver con otros lentes, esta realidad.

- **El animador (líder moderno) en el HdA**

En el HdA el Director (D), asumió los roles interpersonales, informativos y decisorio establecidos por Mintzberg (1994), ya que ejerció su autoridad, liderazgo, estuvo en constante comunicación con el personal, y con los agentes externos que se relacionaban con el hospital, monitoreaba la actuación y marcha de las operaciones del hospital, impulsaba las acciones de sus integrantes, los escuchaba y guiaba, manejaba los conflictos, distribuía los recursos según las necesidades y requerimientos, negociaba presupuestos, financiamientos, etc., (DM ver anexo 11), (DA anexo 12), (doctores y enfermeras anexos 14 y 15), (CCI anexo 13).

En el caso del Hospital de la Amistad podemos observar que en la primera etapa, por una parte, el liderazgo de su director general y la conjunción de un equipo de trabajo con los principales responsables de área, tanto el director médico como el director administrativo y al entender los roles, proyecto, compromisos y retos, ejercieron roles apropiados como líderes, promoviendo la comunicación y motivaciones necesarias para transmitirlo a toda la organización, pero sobretodo hacer entender al personal responsable de área, que es importante, sensibilizar tanto a los médicos, enfermeras y en general a todo el personal, en cuanto al proceso administrativo y por su parte el personal administrativo compenetrarse con la problemática médica, entendiendo que es importante la integración en un solo equipo.

Lo anterior, aunando a las experiencias, los conocimientos, las habilidades y las actitudes alrededor de un objetivo y proyecto común, consideramos que fue logrado en la primera etapa.

En la segunda etapa, se da una configuración asimétrica y muy diferente, en donde estos tres posiciones claves fueron ocupados con perfiles muy dispares, al tener conocimientos y visiones muy diferentes ya que por una parte:

- a) se cuenta con un médico encargado del hospital sin experiencia en administración de hospitales, y con escasas relaciones con el exterior,
- b) un director administrativo con una experiencia y conocimientos en administración clásica,
- c) un director médico que incluso tomó la formación del diplomado,
- d) por tanto, existe una asimetría, en el grupo de trabajo, que no equipo, ya el “equipo” en esta etapa se interpretó como la sumatoria de esfuerzos, como funciones y procesos específicos independientes y sin visión compartida, y por tanto con relativa coordinación, aunado a las diferencias importantes en las competencias profesionales y personales, con respecto al equipo directivo de la primera etapa y que también son importantes.

Análisis de datos y la discusión de los resultados

Por tanto es importante tomar en consideración también los nuevos roles del animador (más que líder), que deben de considerarse en un hospital con un enfoque actual, en el entendido que éste puede ser designado de una manera formal para desempeñar este rol o surgir entre los participantes, de hecho pueden haber dos o más personas que tengan este rol lo importante no es que se tenga una lucha de poderes, sino utilizar esas competencias con ese espíritu de construir la colaboración y cooperación, descritas anteriormente.

Asimismo, es importante que la animación la posean también los mandos intermedios o supervisores o responsables de área, ya que canalizan la comunicación de los objetivos que la dirección pretende, y en comunicar los problemas y aspiraciones del personal, así como coordinarse con sus pares en la estructura que se hubiere diseñado.

Estas características, en mi opinión¹⁵: serían:

- contar con la confianza y respeto de los demás que desean también contribuir en los procesos de aprendizaje grupal;
 - impulsar de una manera dinámica, el aprendizaje individual y generar el interés y compromiso de los demás ,
 - observar, ser experto en su campo y conocer los objetivos que se persiguen,
 - contar con autoridad frente al poder que pudiera surgir evitando los protagonismos,
 - recordar que su función es la de distribuir la información recibida, facilitar la comunicación, coordinar e integrar las propuestas para tratar de dar una respuesta consensada a los retos planteados,
 - asumir como los demás integrantes su responsabilidad y el compromiso de generar y compartir aprendizajes y conocimientos,
 - contar con inteligencia emocional,
 - guardar equilibrio, congruencia y consistencia entre el sentir, pensar, hablar y actuar,
 - promover búsqueda de oportunidades, de investigar, así como establecer para crear un medio favorable para el aprendizaje.
-
- **Cambio y su tipología en el HdA**

Independientemente de que nuestra postura está más en el ánimo de la visión de que el cambio es lo mismo que el aprendizaje de las personas, que al tener nuevos mapas mentales, generar nuevos comportamientos, siendo también nuestra posición proactiva de ver principalmente los impulsores del aprendizaje-desaprendizaje para lograr cambios en los comportamientos de las personas que traen como consecuencia los procesos de cambio. Sin embargo si se nos pide dar una opinión, según las clasificaciones que planteamos en el marco

¹⁵ están basadas en las opiniones de varios autores , principalmente (Senge, 1992), (Argyris C. , 1999), (Nonaka I. &, 1999) entre otros

Análisis de datos y la discusión de los resultados

teórico del presente trabajo, sobre cuáles serían los tipos de cambio que observamos en el HdA, serían los siguientes:

Microcambios al impulsar innovaciones en el uso de la telemedicina, procesos en la atención pediátrica, el enfoque de buscar la prestación de un servicio con calidad y con un trato digno al paciente y sus familiares, (Gilbreath, 1990), (DM, DA, Méd, Enferms ver anexos 10 a 17).

Incremental en su fase inicial como lo establecen Haspelagh (1994), Goodstein (1991) Levy (1986), Mezas (1993), y Nadler (1990).

Anticipativo y oportuno según Appelbaum (1998), Nadler (1990), y Levy (1986), en busca de observar las necesidades de contar con un hospital pediátrico de primer nivel con un excelente servicio y previendo la escasez de recursos, buscando un esquema tripartito de financiamiento, aunque quizá faltó asegurar una normativa en donde los cambios del cuerpo directivo estuvieran o recayeran no en el gobierno del estado, sino en la sociedad civil (D anexo 10).

Lento según Marshak (1993), en virtud de iniciar un proceso de integración lento y paulatino de todas las personas involucradas en el proyecto, pero en nuestra opinión quizá no todos llegaron a asimilarlo, todo ello sin contar que todos los involucrados, como hemos descrito, quizá por desconocimiento e inconsciencia no estaban trabajando en un proyecto que impulsara el aprendizaje individual. (D anexo 10).

El incrementalismo desunido estuvo presente en el HdA, según nos señala Lindblom (1979), ya al atender los problemas del día y las emergencias que se iban dando en forma natural y que se da en la forma de manejar una organización mecanicista.

También se observó reafirmando lo anterior, la departamentalización establecida, así como el postergar para más adelante, actividades que tendrán un alto impacto en los objetivos de largo plazo por ejemplo, con ello la gerencia está inmersa en la toma de decisiones, en el día a día y se tiene casi siempre obligada a adaptarse como señala Weber (2002), a las condiciones del momento.

Es por ello que de acuerdo con Morin (2004), aunque se establecieron estímulos al desempeño no todos se integraban al mismo ritmo e intensidad que el estímulo provocaba, además de que en la segunda etapa percibimos que paradójicamente la productividad y el desánimo aumentaron por el manejo de los mismos, comprometiendo los resultados a futuros del hospital. Sin embargo las personas de una manera inconsciente perciben que su libertad para accionar está condicionada por la estructura.

Estamos por tanto de acuerdo con Merton (1949), en cuanto a la existencia de una entidad burocrática que opera bajo el modelo mecanicista, como es el caso del Hospital estudiado, ya que generó consecuencias disfuncionales, que llegan a perpetuarse, de hecho, ante un cambio de autoridades, y se observó que fue relativamente fácil regresar a esquemas clásicos de

Análisis de datos y la discusión de los resultados

trabajo que estaban iniciando a ser desaprendidos de una manera inconsciente, al no tenerse la información y formación del tema y mucho menos, de las acciones para impulsar un verdadero aprendizaje que originaría realmente un cambio.

Por otra parte al tener una mezcla de financiamiento tripartito, adicionado a la vocación natural de médicos y enfermeras en prestar un servicio adecuado e importante como lo es la salud, facilitaba el cumplimiento de la prestación de dicho servicio como lo establece Tannenbaum (1968), y hasta cierto punto con el apoyo y actitud de la Dirección el personal participaba en los espacios en que les era permitido hacerlo.

Por tanto al no poder tener otra perspectiva, otra visión, “otros lentes” (Morin, 2004), que te proporciona el aprendizaje en bucle, la conciencia del aprendizaje-desaprendizaje (Argyris C. , 1999), y entender las personas que colaboran y cooperan en una organización en un sistema autopoietico que es autónomo en sus operaciones y que tiene capacidad de reaccionar a los estímulos que le rodean.

En el caso del HdA si hubiera existido más tiempo y se nos hubiera permitido profundizar aún más en la siguiente etapa de nuestra intervención, dentro del hospital como consultor-investigador, quizá se hubiera logrado introducir el concepto de aprendizaje-desaprendizaje para ir creando una conciencia en ese sentido, aunque surgiera una estructura más compleja (Cambell, 1993), producto de esa auto organización, que también menciona Luhman (1996) y lograr mayor eficiencia en el largo plazo (Wheatley, 1994)

De lo anterior podemos concluir que una variable adicional que afectó al HdA además de la información y concientización para aprender, tiempo para desaprender y poder llegar a una estructura que aunque se hubieran dado cambios de puestos, como el que se dio, permitiría mantener la operación y los resultados obtenidos, incluso mejorándolos.

En el caso del HdA, el enfoque del Desarrollo Organizacional (Schein E. , 1986), estuvo presente, al intentar mejoras en la prestación del servicio prestado, mediante la estrategia y guía de la gestión de calidad, incluso se creó un departamento¹⁶, producto de la necesidad (en la primera etapa) de dar cumplimiento con el programa del aval ciudadano, (aspecto normativo externo).

Además, aunado a lo anterior al concluir el DIGH (diplomado), surge el proyecto con el ánimo de lograr la acreditación primero y la certificación después que les permitiría lograr la obtención de más recursos económicos, además de mejorar la prestación del servicio.

Al respecto queremos mencionar que desde nuestro punto de vista este enfoque, aunque hecho con plan y conciencia, si lo comparamos con otros hospitales de nuestra región, se

¹⁶ Que no estaba reconocido como un departamento en línea ni en el organigrama, ya que tenía y sigue teniendo una función de asesoría a la Dirección.

Análisis de datos y la discusión de los resultados

observaron que lograron obtener avances importantes, repetimos sobretudo en la primera etapa.

Por ejemplo, aunque la acreditación lograda en los primeros meses de la nueva administración del hospital, esto es, en la segunda etapa de nuestra intervención como aval ciudadano, el diseño, trabajo y esfuerzos realizados fueron producto de la gestión de la administración del hospital en la primera etapa.

Por otra parte, el hospital, estaba consiguiendo la autosuficiencia económica, al contar con un equilibrio entre donativos, apoyos del gobierno estatal y aportaciones de los usuarios, además de contar con un clima y ambiente de trabajo adecuado, por citar algunos aspectos relevantes, de los resultados observados en la primera etapa.

Pero el HdA no se salvó de lo que actualmente, en nuestra opinión, requieren las organizaciones para ser competitivos y afrontar los diversos retos que el complejo entorno actual establece.

El sector salud obsesionado por el modelo de calidad, en nuestra opinión, en lugar de preocuparse y ocuparse por evolucionar, están más obsesionados en conseguir una certificación –cuyas redes de certificadores están, en mi opinión, lucrando indebidamente, como sucede en otras partes del planeta-, producto del enfoque centrado en la calidad.

Lo anterior que debería ser una consecuencia, del trabajo y aprendizaje realizado, cuando la organización aprende a aprender, y no cuando el objetivo es conseguir más recursos por haber obtenido certificaciones de procesos, que en muchas ocasiones se realizan perfectos pero que no sirven para nada, como sucede en mi opinión con las normas de ISO, por ejemplo.

Pero insistimos, lo más grave es la intención de obtener certificaciones y acreditamientos para obtener recursos, y no al revés, trabajar bien y como consecuencia, la obtención de los recursos, además de cumplir con lo que la normatividad y el aparato gubernamental imponen.

5.4.2. Resistencias al aprendizaje y al cambio

Resistencias.-.

Una premisa que llama mucho la atención, consiste en que todo el personal involucrado en el Hospital estudiado, así como los expertos del sector en cargos directivos o como responsables de hospitales, así como muchos de los médicos, a los cuales se les realizó la entrevista, en la obtención de información para la realización del presente trabajo, se detenían mucho, haciendo hincapié en las acciones de resistencias que se les preguntaba, durante las entrevistas, mucho más que las posibles identificaciones de impulsores, y que pueden ser constatados en los comentarios realizados por todos los entrevistados. (Anexos 10 a 17).

Análisis de datos y la discusión de los resultados

Las acciones más representativas en cuanto a los inhibidores del aprendizaje son los aportados por Argyris (1993) y Senge (1992).

En el Hospital estudiado, a pesar de los intentos serios y responsables en búsqueda de innovación, se evidencia una debilidad en el impulso al aprendizaje de las personas que lo integran con el objeto de generar una organización que sea capaz de aprender a aprender en virtud de su desconocimiento del tema, lográndose más bien en nuestra opinión mejoras en las formas de llevar a cabo las acciones en el hospital.

Sobresalen los conceptos aportados por Argyris (1993), en este rubro, así como por Senge (1992), y dentro de ellas particularmente la resistencia denominada rutinas defensivas en virtud al perfeccionamiento que los médicos por su formación tienden a realizar.

Es importante ver que las barreras consignadas son propias de la naturaleza humana y se puede concluir que los factores culturales son el origen de esas barreras, se puede tener una misión, visión, objetivos, estrategias, estructura y procesos diseñados adecuadamente, pero si se desconoce que el elemento humano está presente y es quien en realidad ejecuta las acciones, y se desconoce la complejidad de las representaciones que tiene cada persona, así como la importancia de sus circunstancias, en el contexto en que se desenvuelve, así como los factores culturales que rodean a esa circunstancia, el aprendizaje individual se impedirá irremediablemente, en todo caso, sólo se logrará, en el mejor de los casos, un aprendizaje adaptativo que permitirá un sostenimiento de los comportamientos de las personas en lapsos cortos.

Argyris (1999), en su libro sobre aprendizaje organizacional, concluye indicando que muchas veces los profesionales altamente especializados como es el caso de médicos, enfermeras y administradores con formación universitaria incluso con posgrado, son los más susceptibles de establecer barreras defensivas. De ahí también la importancia que los entrevistados en el presente trabajo le den más énfasis en sus comentarios a las resistencias más que a los impulsores, el porqué de este comportamiento podría deberse a una mala gestión y asimilación del fracaso por parte de estos profesionales.

Esto también explica, por tanto, las personas que trabajan en un hospital, en su mayoría, al ser profesionales altamente especializados, tienen un sentimiento muy fuerte de evitar el fracaso en su vida y por ende una fuerte aversión a manejar y tratar el fracaso, ya que tienen un alto concepto de ser triunfadores, hacer las cosas bien y ser los mejores, además de la fuerte competencia existente entre pares, hace que por ejemplo en los procesos de evaluación de desempeño, se resistan a todo tipo de evaluación, y por tanto, se incapacitan para aprender y desaprender, y se genera una fuerte predisposición en el largo plazo al aprendizaje.

Análisis de datos y la discusión de los resultados

Por eso es importante cobrar conciencia de este comportamiento defensivo y las acciones de su obrar en consecuencia, por eso necesitan aprender a identificar las incongruencias o inconsistencias entre sus conocimientos y sus práctica, entre las diversas teorías clásicas y las nuevas formas de pensamiento, encarar que mientras no se concienticen de lo anterior seguirán diseñando, implementado, instrumentando acciones que no impulsan el aprendizaje sino muchas veces los desaprendizajes y que es necesario cambiar este tipo de acciones que no producen nada positivo a las personas y a los grupos en la Entidad.

También es importante reflexionar que dentro de esta concientización, el individuo aprenda a afrontar sus responsabilidades, a desaprender que en el peor escenario, el cometer un error es en realidad un aprendizaje y no una acción que no se pueda superar y que al contrario de lo que está muy arraigado en nuestras formas de actuar y pensar, que el errar es imperdonable e inaceptable, todo ello como producto de la formación y la instrucción recibidos y aprendidos en casa y/o en las aulas.

Para Argyris y Schön (1996), el aprendizaje se relaciona con la detección de la solución de los errores, por tanto podría expandirse y multiplicarse en los modelos mentales de las personas, la idea de que de los errores, también se aprende.

Asimismo los fuertes inhibidores en el aprendizaje reflejados en las políticas, conductas o comportamientos existentes en el Hospital, así como las prácticas existentes, hacen necesario de una manera urgente, prioritaria y relevante, el desaprender para poder aprender las mejores prácticas que se consideren.

Asi mismo, García (2007), cita a King quien explica que la resistencia al cambio puede ser interpretado desde tres distintas perspectivas: el individuo, los grupos, y el organizacional.

Siendo que la persona cuenta con elementos o factores de personalidades propias que influyen en la intensidad de dichas resistencias, por ejemplo el deseo de controlar, de ser líder, de autorrealización, de obtener reconocimiento, prestigio, poder etc.

Sin embargo las actitudes basadas en experiencias previas tienen un impacto significativo que pueden ser según también consecuencia la falta de confianza y malentendidos de intenciones anteriores producto de experiencias vividas con anterioridad en proyectos semejantes, intolerancia, intereses propios involutivos o retrógrados, primarios, básicos, y dependiendo de la posición que se ocupe dentro de la estructura.

Desde el punto de vista de grupos, citan que son explicados por factores relacionados con la estructura, las interrelaciones e interacciones y como se dan, por tanto la cohesión, las normas sociales, que tanto se participa en la toma de decisiones y que tanta autonomía se tiene para poder tomar las acciones que les corresponden.

Análisis de datos y la discusión de los resultados

Desde el punto de vista de toda la organización, los factores como la estructura, clima, cultura y estrategias son factores que también estarán presentes en las resistencias al cambio.

Inhibidores del aprendizaje

Al parametrizar los comportamientos de los individuos dentro del Hospital, al tratar de medir cada acción, y resultado obtenido como consecuencia de los avances de la tecnología por un lado, y por otro, por el impacto que la normatividad que regula los resultados y acciones del Hospital han impactado a las competencias de las personas pero sobre todo a las relaciones interpersonales como el contar con espacios suficientes para la reflexión, discusión, experimentar y tomar riesgos y por tanto la relación abierta y sincera que contribuyen a un clima propicio para el aprendizaje. (Argyris C. , 1999), (D anexo 10), (DM anexo 11), (DA anexo 12), (CCI anexo 13), (médicos y enfermeras, anexos 14 y 15).

Esto es una razón más que viene a explicar el comportamiento gerencial en muchas organizaciones mexicanas, entre ellas el HdA, en cuanto a la necesidad de elaborar y preparar el proyecto con la confianza y esperanza que sean incorporados los grupos de trabajo, y luego compartir con todo el personal en lugar de construir en equipo dichos proyectos, eso facilita la subdivisión de tareas y facilita el control y la independencia de los mismos, minimizando cualquier crítica en público e incluso evitándolo. En el HdA incluso se separaban en las reuniones los puntos álgidos para ser tratados luego en forma privada.

Emociones

Otro aspecto importante es la disposición de las personas sobre todo si perciben la amenaza de la pérdida de poder o privilegios o simplemente por los estados de ánimo, en ese sentido habrá que tener los cuidados de los ciclos emocionales (Kubler-Ross, 1970), para ayudar a manejar las resistencias a los aprendizajes-desaprendizajes.

Para ello se sugiere utilizar los conceptos como la inteligencia emocional Goleman (1999), como un elemento que ayudara a disminuir las cargas emocionales en las personas que trabajan en la organización. Por tanto el manejo de la empatía, las emociones propias y ajenas, el manejo de los conflictos y como catalizador de los cambios puede y debe ser tratados mediante la inteligencia emocional como una ayuda para facilitar un clima y ambientes en la organización.

5.5. El papel de la consultoría en el caso del HdA

Como podemos observar, la forma del trabajo del consultor en nuestro país, y lo que, después de haber leído, observado, entrevistado, convivido y finalmente analizado, con otros lentes a lo largo de estos años en el doctorado, en la realización del presente trabajo, y los trabajos realizados con mis colegas europeos, siendo enlace principal, el director de esta tesis el Dr. Jean Michel Larrasquet, y poder , confrontarlo con lo que sucede o acontece en otras regiones,

Análisis de datos y la discusión de los resultados

en este caso en mi país, emerge en mi opinión, un nuevo concepto o propuesta de hacer e intervenir en las organizaciones en mi entorno, que intentaré explicar.

Para iniciar existe una gran confusión en el ámbito empresarial en nuestra región, ya que en forma indistinta al desconocer los términos correctamente, se le llama asesor o consultor de una manera indistinta, a formas distintas de intervenir en las organizaciones, y no existe una adecuada claridad de los diferentes roles que una personas externa o interna a la organización, puede ayudar y contribuir, a resolver los problemas a resolver en una organización, interviniendo de distintas maneras, como lo hemos explicado en el marco teórico.

En general la forma mecánica de hacer las cosas, producto de la influencia cultural promovida en nuestro país por las principales firmas de consultoría estadounidenses principalmente, en la que el enfoque principal había sido hasta hace algunos años la clásica relación “estímulo-respuesta” de una manera casi mecánica, esto es, planteamiento de un problema y la propuesta de solución, para después cobrar el servicio, y si se tiene algún problema posterior, pues se vuelve a solicitar los servicios del “asesor” o “consultor”.

Es justo mencionar que en la actualidad y de acuerdo a la literatura investigada, el enfoque ha cambiado o está cambiando, no hay que olvidar la fuerte cultura individualista que nos ha sido transmitida.

El trabajar de una manera participativa, colaborativa, cooperativa, en equipo no es fácil en nuestra región-, pero repito están cambiando los enfoques al entender que en otras partes del mundo (Asia, Europa), las ventajas que aporta el trabajo fructífero en equipo, y si se trabaja para lograr tener organizaciones inteligentes, que utilizan estos métodos modernos de intervención.

Si agregamos a ello que las personas que trabajan en la organización y colaboran alrededor de un proyecto, pues es más fácil lograr los objetivos propuestos.

El problema son los dueños de empresa o los directores de las organizaciones y de muchas personas que trabajan en ellas, que o no tienen la formación o no tienen el conocimiento o al menos la información de lo que se puede lograr, entonces emerge de una manera clara lo complejo que también es el proceso de consultoría.

Sobre todo, al entender que cuando el consultor es externo, su intervención es temporal y está de paso –aunque su intervención fuera por un lapso relativamente prolongado, si el proyecto lo ameritara-; y que cualquier cosa que sepa o crea pueda servir, quizá de poco, a otra persona.

Por tanto puedo decir que he aprendido que lo mejor es ser prudente; acercarse a la organización con respetuosa ignorancia y humildad; armar espacios para que las ideas fluyan, surjan, se discutan, y se aterricen en proyectos.

También que el acompañamiento como consultor, puede ir de la mano de alguna derrota y con muchos riesgos, sobre todo al contar con información nueva en culturas organizacionales

tradicionales o clásicas en contextos y acciones cómodamente mecánicas, y que siempre es importante realizar una autoevaluación crítica de lo realizado.

En donde:

- el conocimiento caduca muy rápido;
- lo importante es el aprendizaje organizacional;
- es también importante el desdoblarse en las percepciones para lograr desaprendizajes-aprendizajes;
- lo prioritario es el intentar como realizar un proyecto exitoso de intervención;
- las personas que intervienen en la Organización puedan seguir su camino logrando y ejerciendo autoaprendizajes;
- se entienda que el trabajo del consultor, será exitoso en la medida en que, a partir de haberlo incorporarlo o contratarlo, el equipo de trabajo o grupo entiendan algo de una manera distinta, y modifiquen algo en su proceder y hayan entendido que lo importante es aprender a aprender;
- también se comprenda que ese trabajo responda a una necesidad sentida, que provoca alivio y/o asombroso, y plantea un “antes” y un “después”, y que puede alterar intereses y expectativas.

5.5.1. La consultoría y la investigación

No podemos dejar pasar por alto comentar que las relaciones que se establecen entre la consultoría organizacional y la investigación en nuestro campo, en nuestra región, actualmente está cambiando, lentamente su forma de atender a las organizaciones, antes el consultor hacia énfasis en su experiencia, muchas veces sin fundamentos teóricos, y a su vez por parte de la mayoría de los académicos sin contar con una falta de objetivos prácticos -en la actualidad muchos de ellos siguen sosteniendo esa perspectiva o son teóricos o son prácticos- como si fuera la panacea del éxito como consultor descuidando que la complejidad del entorno para ejercer la profesión de consultor ha cambiado exigiendo una mayor preparación, conocimiento y visión, por tanto se está comprobando que en realidad la investigación y la consultoría tienen mucho en común y pueden ser complementarios.

Al plantear y abordar los problemas que se dan en la práctica, en el mundo real de las empresas u organizaciones, los consultores deben y tienen, en primer lugar, que conocer los resultados de las investigaciones más recientes en el campo para tener una fundamentación en su trabajo, es por ello que las principales firmas consultoras en el mundo están impulsando a sus integrantes a no estar únicamente informados de los conocimientos generados por la investigación en el mundo empresarial u organizacional, sino a conocer también los proyectos de investigación que están en proceso esto es los temas de vanguardia que están siendo estudiados, así como los principales investigadores u autores de tales proyectos.

Análisis de datos y la discusión de los resultados

Por otra parte es importante entender que la consultoría contribuye a la investigación ya que aporta datos tomados en las organizaciones-cliente del consultor que pueden y son útiles para realizar proyectos de investigación más amplios, claro está que dentro del marco del sigilo y confidencialidad profesional que esto requiere dentro de la ética profesional que debe de existir.

De esta forma los datos de varias organizaciones que aportan a proyectos más amplios de investigación permiten realizar, hasta cierto punto, generalizaciones que ayudarán tanto a consultores como a investigadores.

Es por ello que los principales centros educativos en el mundo de los negocios están más interesados en poner a prueba y divulgar los resultados de sus investigaciones por medio de tareas de consultoría. (Kinsey, 1993).

Por último, si agregamos a lo anteriormente explicado, la necesidad existente de contar en nuestro medio de consultores-académicos quien al contar con las competencias y experiencia requerida y exigida por los retos que plantean las organizaciones, así como, de contar con el perfil idóneo para ejercer la función de consultoría, que además tiene la fortaleza de trabajar en red con otros profesionales y disciplinas, conformando grupos inter y multidisciplinarios que constituyen grupos importantes de trabajo.

5.6. Conclusión del capítulo.

En el presente capítulo hemos presentado, reflexionado, contrastado, debatido los hallazgos realizados a la luz de los aprendizajes y desaprendizajes que se obtuvieron con las entrevistas y observaciones realizadas al HdA, así como con integrantes de la red formado de consultores con los egresados del Diplomado Internacional en Gestión Hospitalares.

De ahí hemos extraído los principales conocimientos para determinar los principales impulsores en el aprendizaje, y entender que es tener mejor un esquema constructivista al observar los impulsores de esos aprendizajes individuales que provocaran los cambios requeridos en el seno de las organizaciones hospitalarias en nuestro entorno, los elementos internos y externos que son necesarios tomar en cuenta para impulsarlos, así como la experiencia vivida como consultor.

Con la información ya procesada en este capítulo estamos entonces en condiciones de poder proponer y/o sugerir y/o recomendar los principales elementos que hay que tomar en cuenta en forma general, así como la propuesta de un modelo de intervención como consultor y las recomendaciones necesarias para actuar como tal a la luz de la experiencia vivida en el HdA., información que presentaremos en el siguiente capítulo.

Capítulo 6

6. Conclusiones, recomendaciones y sugerencias

6.1. Introducción al capítulo

En el capítulo anterior hemos visto, analizado, reflexionado y debatido los hallazgos encontrados en el trabajo de campo de la presente investigación.

En el presente capítulo 6, presentaremos nuestras recomendaciones y sugerencias tanto generales como a ejecutivos y a consultores en organizaciones hospitalarias, utilizando el sistema de fichas.

Así es como hemos visto al Hospital de la Amistad y su organización, su dinámica, los elementos de aprendizaje-desaprendizaje, los cambios y mejoras encontradas, los obstáculos y resistencias observadas, así como los impulsores del aprendizaje, y finalmente nuestro rol y desempeño como consultor.

La dificultad hallada para poder intentar confrontar nuestra realidad observada y analizada en el Hospital de la Amistad, con las teorías del cambio, del aprendizaje y del conocimiento fue diferente de lo que pensé originalmente, además de asumir al mismo tiempo un nuevo rol como consultor-investigador fue realmente un reto, pero que ha sido muy enriquecedor y que nos ha servido para desaprender y aprender nuevos enfoques y maneras de actuar.

Por tanto las recomendaciones y sugerencias presentadas, en donde las mismas son producto y consecuencia de la contrastación entre el marco teórico, las observaciones e información recogidas en el trabajo de campo, así como de las propias reflexiones y análisis que están contenidos en una matriz, que por su dimensión no pudo ser agregada, pero en cambio se agregó el diseño de la misma, como consta en los resultados analizados y cuyos productos estarán plasmados en el apartado 6.2.2.

Por otra parte en nuestra propuesta y modelo de intervención que proponemos es más acorde a las teorías constructivistas, y la realización de un trabajo conjunto con la organización. El mismo lo veremos en el apartado 6.2.2

Utilizo el modelo propuesto por Pilniere (2007, pp. 247-256); que hace recomendaciones para acompañar el cambio. En esta parte, adaptamos este modelo al contexto mexicano.

6.2. Comentarios a las recomendaciones y sugerencias generales.- Las fichas.

En esta sección deseamos dejar constancia, que como consecuencia de la contrastación entre la teoría expuesta en el capítulo 2 del presente trabajo y los resultados hallados en el trabajo de campo, así como la reflexión y discusión de los resultados obtenidos, nos propusimos extraer de nuestra matriz de trabajo (pág.136), las recomendaciones y sugerencias que

Conclusiones, recomendaciones y sugerencias

consideramos pertinentes para dar contestación a nuestras preguntas de investigación, considerando que la segunda pregunta de investigación planeada es de índole pragmático:

¿Qué elementos de método y herramientas pueden estar a la disposición del consultor para acompañar los procesos de cambio en los hospitales, y que tipo de actuación se puede aconsejar a los consultores?

Por tanto, considerando esta característica y al estar llegando a la etapa de conclusiones de una tesis de investigación aplicada, hemos decidido responder a la misma utilizando fichas, considerando aspectos muy prácticos y operacionales y más que proporcionar recetas de cocina, presentarlas como guías y/o recomendaciones y/o sugerencias, considerando adicionalmente que se han construido fundamentándolas con los autores investigados y expuestos en la primera parte del presente trabajo, y que se expondrán en el presente capítulo.

Las fichas diseñadas están agrupadas en tres grupos:

- a) Las que favorecen al aprendizaje y desaprendizaje,
- b) Las relacionadas con el trabajo de intervención como consultor
- c) Las relacionadas con los aspectos operativos que contribuirán a conseguir los propósitos establecidos.

Por tanto, éstas y los comentarios que se presentarán, toman en cuenta las ideas centrales de los autores que más adelante se enunciarán, todo ello con el propósito de materializar los numerosos enlaces que hay entre la teoría desarrollada en la primera parte y los resultados de la investigación realizada.

Para efectos de armonizar el trabajo más que integrar las referencias bibliográficas en las fichas, serán tratadas de una manera global en el siguiente párrafo. (La clasificación en temas, ha servido como una guía adicional para preparar las fichas presentadas). Así mismo es importante recalcar que todas las fichas presentadas están diseñadas tomando en cuenta todos los autores señalados en el marco teórico, y que éstos, en mayor o menor medida están presente ya sea de una manera directa o indirecta. Sin embargo cuando lo consideremos pertinente serán señalados los autores principales.

a).- Fichas relacionadas con el favorecimiento al aprendizaje (FA) (Fichas Nos 1 a 4)

Este grupo de fichas considera la necesidad de construir una visión y la movilidad de los actores, la materialización de las acciones pertinentes, la importancia que tienen la colaboración, cooperación y participación de las personas involucradas y la necesidad de formar, instruir y comunicar los avances.

Integrar conceptos en todas las fichas que hablan de la construcción de los aprendizajes dentro de una nueva cultura que debe adoptar la organización.

Conclusiones, recomendaciones y sugerencias

La importancia de considerar el autoaprendizaje, en donde es importante reeducar para aprender, los elementos para lograr los aprendizajes-desaprendizajes, así como impulsar aprender a aprender tal y como los proponen autores como:

Argyris (1993), Ouchi (1981), Senge (1992), Nonaka y Takeuchi (1999), Fiol y Lyles (1985), Swieringa-Wierdsma (1995), Larrasquet (2009), Morin (2004), Maturana (2003).

b).- Fichas relacionadas con la consultoría (FC) (Fichas del No. 5 al 11).

Este grupo de fichas aporta las consideraciones pertinentes en los trabajos de intervención, teniendo la propuesta de un modelo de intervención, el fortalecimiento de la legitimidad del consultor, el enfoque de los objetivos del rendimiento del consultor, y el adecuado manejo de las actitudes de rechazo como consecuencia de la actuación del consultor con el cliente.

Incorporando en estas fichas los conceptos aportados por la Organizacional Internacional del Trabajo OIT y Kubr et al. (2000), Argyris (1999), Larrasquet (2006), De Faria (2008), Blanchard (1996) (2007), Lewin (1946), (Pilniere V., 2007, págs. 250.253,256) y Elliot y Stenhouse (1994).

Asimismo en las fichas diseñadas que deseamos aportar, contienen las sugerencias, recomendaciones, observaciones, que son producto de los aprendizajes obtenidos tanto en la realización del presente trabajo, como de nuestros aprendizajes y conocimientos previos adquiridos en la práctica profesional, y que en este trabajo, han quedado plasamados.

Hay que tomar en cuenta siempre que es más importante, el cómo se organiza, se construye y realiza el proceso de intervención, que la construcción previa de un modelo detallado de los resultados propios de la intervención.

Debemos estar conscientes que siempre es mejor intentar desarrollar un modelo constructivista, con soluciones construidas en conjunto, con los diversos actores que participan en un proyecto, que intentarlo en forma individual, cuyo peso, responsabilidad y compromiso, no es compartido con los demás. Podríamos concluir diciendo que el refrán “haciendo el camino al andar”, es el camino más adecuado en los procesos de desaprendizaje-aprendizaje.

Es importante por tanto, ir construyendo con los agentes de la organización la solución al problema que nos has sido planteado.

Si logramos legitimar nuestra intervención como lo hemos planteado en la ficha denominada fortalecimiento de la legitimidad del consultor (FC No.6), no necesariamente es considerado suficiente, para poder denominar la intervención como exitosa, tenemos que tomar en cuenta que en muchas ocasiones surgen actitudes contrarias que podrían ser consideradas como obstáculos, y que éstas podrían producirse, de una manera consciente o inconsciente, pero

Conclusiones, recomendaciones y sugerencias

que tienen como resultado una oposición, un obstáculo al aprendizaje de nuevos esquemas de intervención.

Por ello trataremos de enunciar en las fichas, las distintas situaciones que se pueden presentar y qué elementos tenemos para poder tratar estas actitudes, denominadas resistencias emocionales a nuestra intervención y que veremos con más detalle en nuestra conclusión final.

Los obstáculos previamente descritos pueden tener diferentes vertientes, como por ejemplo en el caso de una entrevista, sin considerar la circunstancia, puede encontrarse un sinnúmero de posiciones por parte del entrevistado.

A los profesionales como los contadores, ingenieros de sistemas y profesiones afines, les resulta bastante difícil identificar estas actitudes, ya que son profesiones orientadas a los datos, hechos, la lógica, la síntesis, y las respuestas racionales, de modo que cuando se requiere de percibir aspectos emocionales o de interacción personal, es necesario ponerse “otros lentes” para poder percibirlos.

En virtud de que al ser personas los protagonistas en los proyectos, los estados emocionales cobran especial importancia es por ello que hay que tomar especial cuidado en el manejo de estas “resistencias emocionales”

Por ello hay que tomar en cuenta las emociones y sentimientos, así como manejar la inteligencia emocional (Kubler-Ross, 1970), así como la motivación (Mc Gregor, 1981), (Vroom, 1974), lo cual hemos tratado de establecer en las fichas del manejo de esas resistencias en los procesos de consultoría.

c).- Fichas relacionadas con aspectos operativos (FO) (Fichas del No. 12 al 17),

Estas fichas se consideran como las herramientas operativas y cuidados que se deben de tener en un proceso de intervención.

En este grupo el rol del facilitador, la importancia de gestionar los aspectos emocionales y los grupos de poder, los roles de los participantes, la promoción de la confianza, promover la reflexión, como intentar construir, la promoción del autoaprendizaje y la sostenibilidad del enfoque han sido incorporadas al grupo de recomendaciones.

En estas fichas tratamos de incorporar aspectos que puedan ayudar a mejorar los elementos que están considerados relacionados con el aprendizaje, además los autores señalados para el conjunto de las fichas, también hacemos referencias a otros autores en este grupo de fichas, fundamentándonos en la necesidad de:

Conclusiones, recomendaciones y sugerencias

- Entender que la cultura, la estrategia del hospital, una organización y estructura adecuada, el ambiente generado, en el hospital son elementos muy importantes para el éxito de un proceso de cambio como lo explican Schein (1986), Fiol y Lyles (1985), (Fichas No 1 a 4)
- Construir la confianza en la organización ya que es clave en la cultura, la atención a las relaciones humanas y a las relaciones sociales estrechas.- (Ouchi, 1981), (Argyris C. , 1999).
- Abandonar la obsesión por la calidad y si cambiar el enfoque y visión hacia el aprendizaje que tendrá como consecuencia trabajar con excelencia.- (Peters, 1988).
- Profesionalizar el sector salud para evitar los cambios de timón y evitar patologías organizacionales. (Fernández, 2008).
- Concientizar al personal de las organizaciones hospitalarias de que ellos mismos son los principales actores.- (Lawrence, 1976).
- Tener presente que los factores externos e internos estarán presentes siempre y lo que hay que buscar y adoptar es trabajar con los impulsores, más que evitar barreras de aprendizaje, buscando un esquema constructivista y propositivo. (Larrasquet J. M., 2009).
- Construir la confianza en la organización ya que es clave en la cultura, la atención a las relaciones humanas y a las relaciones sociales estrechas.- (Ouchi, 1981), (Pilniere V. , 2007, págs. 247,249,251,256), (Argyris C. , 1999).
- Recaltar que la confianza en uno mismo, la importancia del aprendizaje individual, así como ver la realidad con otros anteojos. (Maturana, 2003).
- Diseñar la estructura adecuada, innovar con nuevos arreglos modernos. (Mintzberg, 1994).
- Contar con las características de un líder moderno en un rol más de animador basándonos de las reflexiones que en materia de organizaciones que aprenden aportan diversos autores. (Argyris C. , 1999), (Nonaka I. &. , 1999), (Senge, 1992).

Incluir conceptos importantes y claves como lo son la participación, colaboración, cooperación y la presencia del poder en las organizaciones. (Tannenbaum, 1968), (Maldonado P., 2007), (Crozier, 1976).

6.2.1. Comentarios, recomendaciones y sugerencias para el tratamiento de las resistencias emocionales.

Es importante antes de presentar las fichas propuestas, que en el trabajo del consultor existen actitudes o resistencias emocionales (RE), las cuales hay que tratar de entenderlas, manejarlas y descubrir las preocupaciones existentes en la empresa, originadas por los aprendizajes previos y derivados de la influencia, en nuestra cultura, de la administración clásica.

Estas actitudes se encuentran de manera frecuente, por tener control sobre todas las cosas y dificultan por tanto desaprender, para volver aprender. Por ello es importante no olvidar que en el mundo de las emociones, pueden existir sentimientos opuestos y al mismo tiempo presentes y que generan este tipo de resistencias.

Conclusiones, recomendaciones y sugerencias

Por ejemplo de lo anterior, cuando se nos pide ayuda, nosotros pedimos que el solicitante sea congruente, sincero, auténtico, que descubra sus sentimientos, emociones, cómo piensan, qué desean, qué temen, lo cual es difícil, por tanto es necesario compatibilizar los verdaderos emociones y sentimientos del cliente con las necesidades que plantea, adoptar una posición de verse como una “imagen en el espejo”.

Por tanto identificar estas RE, (observar comportamientos, el lenguaje corporal, confiar más en lo que vemos y podemos constatar que en lo que oigamos o escuchemos), nos brinda un camino a seguir en el método de desaprender para volver a aprender y de esa manera evolucionar en los sistemas de gestión de la organización.

El consultor debe de poseer el entendimiento de que si hay RE en el camino, este forma parte de un proceso natural y significa que el trabajo del consultor está bien direccionado y apuntando bien en la co construcción de las soluciones.

Otro factor importante es la habilidad para comunicarse a través de un lenguaje neutro, con el objetivo de que al señalar las RE, que observemos y sean comunicadas al cliente, éste, reaccione positivamente y no provocando un comportamiento a la defensiva.

Evitar que nuestras propuestas sean percibidas como una amenaza en el control del cliente, (generalmente es el centro de valores de la inmensa mayoría de las organizaciones), o su seguridad para ocupar el puesto, o el temor al qué dirán, así como, poner en riesgo las lealtades y apoyo de los subordinados. El temor a ser juzgados es proporcionalmente mayor mientras más responsabilidades se tengan en la organización.

Por tanto debemos de crear un conciencia, mediante pláticas y documentar los acuerdos, antes de iniciar el proceso de intervención.

Tampoco hay que olvidar que el poder en las organizaciones de todo tipo incluso las hospitalarias, funcionan como sistemas y que nuestra intervención puede afectar o provocar desequilibrios, afectar status, autonomía y privilegios de algunos grupos, así como la pérdida de jerarquía o de influencia, lo cual puede traer consigo generación de resistencias emocionales.

Por último cuatro sugerencias importantes finales:

Entender que los cuestionamientos al trabajo realizado muchas veces son un reflejo de esas resistencias emocionales y no ataques a nuestra persona.

Tener el espíritu de servicio y ética profesional para con los equipos de la empresa en la cual estamos trabajando, una forma clara es que tenga claros espacios para en su caso pueda manifestar esas resistencias y tener una confidencialidad absoluta de aspectos que no sean permitidos divulgar.

Conclusiones, recomendaciones y sugerencias

Tanto el proceso de intervención, como la marcha del proyecto que se haya acordado tienen que tener muy claros los resultados (pero no los resultados detallados) a obtener, y deberá establecerse una evaluación constante y continua de los mismos.

Finalmente entender, aceptar, ser conscientes que nuestro proceso de intervención tendrá un lapso relativamente corto de intervención ya que es importante dejar que los usuarios de los servicios apliquen y realicen su tarea de “aprender a aprender” por un parte y por otra la necesidad en nuestro medio que otras personas y organizaciones requieren de tener la oportunidad de conocer estas nuevas formas de hacer las cosas.

A continuación presentaremos las fichas anunciadas anteriormente. No hay que olvidar repetimos y enfatizamos, que lo más importante no es la definición previa de lo que se pretende obtener, sino cómo se realiza el proceso de aprendizaje.

6.2.2. Fichas (Nos 1 a 4), relacionadas con el favorecimiento al aprendizaje (FA)

Ficha No.	1
Construir una visión y promover la movilidad	
Objetivo	Definir claramente (pero no detalladamente) el objetivo, fijar los elementos y características principales de la misma para crear una dinámica de aprendizaje en la organización
Qué es	Indica el rumbo por medio del cual el proyecto va a efectuarse y el fin que se persigue, en donde estamos y cuál es la situación buscada deseada para contribuir que todo el personal se apodere de la visión y del proyecto que esté dispuesto a ponerse en marcha
Cómo se realiza	Identificar el problema, validarlo, elaborar tipos de solución, evaluación de tipos de soluciones, construirla, estructurar un equipo de trabajo dedicado y comprometido, que se integre, con duración limitada, comportamiento constructivo
Precauciones	Contar con un buen sistema de información, observación del entorno y contexto, resultados de la entidad y funcionamiento de la organización, así como mantener el compromiso de la alta dirección, monitorear que no decaiga el ánimo.

Ficha No.	2
Concretar o materializar	
Objetivo	Conseguir llevar a la organización de la situación existente a la situación duradera
Qué es	Lograr la armonía entre lo que se desea y lo que sucede en la realidad.
Cómo se realiza	Seminarios o sesiones de discusión y análisis, tener cuidado al impulsar las actividades y pensamientos innovadores, creativos, que permitan aprendizajes, no olvidar previamente diseñar, implantarlo total o parcialmente, y posteriormente una vez realizados los ajustes generalizar la puesta en marcha en lo que sea conducente
Precauciones	Evitar cambiar las responsabilidades antes de modificar comportamientos en la cultura, asegurar la participación, compromiso y responsabilidad individual y compartida claramente definidos, determinar claramente los resultados esperados de cada participante, dejar autonomía dentro de la demarcación establecida en la visión. Tener cuidado con la influencia que tienen en su accionar por las funciones, formas de actuar y responsabilidades asignadas, en cada etapa dejar claros los objetivos, las actividades a desarrollar, los plazos, prever posibles retrasos y como se tratarían en su caso y los procesos de evaluación por los resultados obtenidos y los procesos realizados

Ficha No.	3
Participación, colaboración y cooperación	
Objetivo	Impulsar la participación, el espíritu de colaboración y cooperación
Qué es	Elementos importantes que impulsarán mayores aprendizajes en las personas que trabajan en la organización
Cómo se realiza	Aplicar los bucles o espirales del aprendizaje generando un proceso que se irá construyendo considerando lo siguiente: el empleado aporta ideas, las defiende, las impulsa, se compromete, actúa, obtiene logros y resultados al principio pequeños pasos, obtener reconocimiento y estímulos y esto motiva nuevamente el ciclo incorporando e impulsando a otros compañeros.
Precauciones	<p>Apoyarse en la creatividad, capacidades y competencias de las personas.</p> <p>Fomentar que cada día mejoren sus competencias y adquieran nuevos conocimientos, guiar sus actividades si es preciso sobre todo al principio, los directivos deben dar libertad, confianza y flexibilidad dentro de las demarcaciones establecidas y consensadas con anterioridad.</p> <p>No olvidar impulsar la formación de equipos.</p> <p>Al construir proyectos de una manera participativa delegar responsabilidades, otorgar autonomía dentro de los marcos establecidos, establecer compromisos, fijar resultados, como se evaluarán y los tiempos de entrega.</p>

Ficha No.	4
Formar, instruir y comunicar	
Objetivo	Adquirir nuevos conocimientos, capacidades y generar nuevos aprendizajes.
Qué es	Acciones necesarias e impulsoras del aprendizaje individual.
Cómo se realiza	Determinar cuáles son las necesidades de formación, instrucción, identificar las competencias requeridas y existentes, diseñar, ejecutar y evaluar las acciones establecidas
Precauciones	Emplear todos los medios posibles para comunicar proyectos, resultados, problemáticas, utilizando el diálogo, las discusiones, en su caso conferencias,

6.2.3. Fichas Nos. 5 al 11 relacionadas con la consultoría (FC)

Ficha No.	5
Modelo propuesto de intervención	
Objetivo	Proponer un esquema general para co construir las soluciones en un proyecto de intervención en nuestro rol como consultor
Qué es	Propuesta de intervención
Cómo se realiza	<p>a) Realizar entrevista con la dirección de la organización para reflexionar sobre la naturaleza, seleccionar y delimitar el problema.</p> <p>b) Identificar cuáles y quiénes son los actores involucrados, realizar las reuniones necesarias con los actores, en ellas la construcción de la solución es con ellos con objeto de que se apropien del proyecto de intervención y construyan la solución.</p> <p>c) Trabajar con ellos en la construcción de los objetivos de las acciones a realizar, reflexionando, que sea participativo, que se realicen discusiones y contrastar sus argumentos con puntos de vista del consultor</p> <p>d) Realizar o construir un proyecto que contenga indicadores de avances, como se darán y difundirán los resultados.</p> <p>e) Contar con un proceso de evaluación continua del proyecto y de nuestra actuación de intervención.</p> <p>f) Preveer la salida de nuestra intervención.</p>
Precauciones	Observar las sugerencias en el apartado de precauciones del trabajo de investigación presentado.

Ficha No.	6
Fortalecimiento de la legitimidad del consultor	
Objetivos:	<p>Asegurar ser reconocidos como competentes por los actores de la organización intervenida.</p> <p>Asegurarse de que el enfoque y la comprensión de las cuestiones del proyecto han sido entendidos, comprendidos y aceptados inicialmente.</p>

Qué es	<p>La confianza, reconocimiento y co construcción del consultor hay que trabajarlo de una manera eficiente e intentar enviar o formar la percepción de que sirve de algo el proceso de intervención y el rol del consultor</p>
---------------	--

Cómo se realiza	<p>Negociación de la solicitud inicial con el promotor principal que desea nuestra intervención como consultor por tanto es necesario:</p> <p>a) Realizar un análisis de la situación inicial</p> <p>b) Realizar las entrevistas en profundidad necesarias con el solicitante y otras que hayamos identificado.</p> <p>c) Jerarquizar claramente los objetivos de la intervención. d) Evaluar las condiciones de intervención para el acceso al campo de trabajo.</p> <p>e) Presentar, enunciar, dejar muy claras las normas de confidencialidad y ética en la intervención.</p> <p>f) Presentar y comentar el tipo de acciones a realizar.</p> <p>g) Difundir los resultados mediante un sistema de comunicación intensa.</p>
------------------------	--

Precauciones	<p>Asegurarse de promover la participación efectiva de todos los interesados en el proceso.</p> <p>Platicar las precauciones relacionadas con los roles de los participantes, y la construcción de confianza de los mismos.</p> <p>No dudar en rechazar o detener la acción, si los asuntos negociados y contratados durante el análisis de la solicitud original no son respetados por los actores de la organización.</p> <p>Mantener la atención en alerta todo el tiempo, la confianza y la legitimidad tardan en construirse pero muy fácil en destruirse.</p>
---------------------	---

Conclusiones, recomendaciones y sugerencias

Ficha No.	7
Enfoque de los objetivos del rendimiento del consultor	
Objetivo	Satisfacer la demanda bajo contrato con el órgano de contratación para la gestión del proyecto. Promover la construcción y el mantenimiento de la dinámica de grupo.
Qué es	La diferencia entre la de visión del responsable y lo que va a ocurrir en realidad, necesita ser compatibilizado.
Cómo se realiza	<p>Basándose en el contrato que sirve como una guía para la intervención y determinar:</p> <p>Las condiciones de funcionamiento (en el exterior intervención, los procedimientos de intervención...)</p> <p>Los resultados que se producen (los resultados, el sistema de información...) con un calendario de trabajo con el gerente o responsable o comité responsable –los tomadores de decisión con la obtención de resultados intermedios y al final del proyecto de cada grupo de trabajo.</p> <p>Definir los recursos materiales, técnicos y humanos que se requerirán para la ejecución del proyecto, considerar o tener en cuenta, los tiempos, las posibilidades de frenos u obstáculos producidos. Realizar una evaluación formativa (al hilo del agua o la piedra en el lago).</p>
Precauciones	<p>No comprometerse a metas o acciones de desempeño que no puedan cumplirse</p> <p>Si el resultado obtenido no es satisfactorio, esto puede conducir a la frustración entre los participantes y pueden poner en peligro su participación en el enfoque actual y los proyectos a futuro.</p> <p>La definición clara (pero no detallada) de resultados debe ser una alta prioridad y de especial atención.</p> <p>Los resultados intermedios de cada grupo también son muy importantes ya que son testigos de la evolución del trabajo en grupo. Finalmente el resultado final debe reflejar los esfuerzos intermedios realizados por todos los grupos de trabajo participantes.</p> <p>Si no se llega al resultado esperado es importante sesiones especiales para discutir, analizar, reflexionar el porqué no se lograron los resultados esperados, así como evaluar si los resultados obtenidos son peores a los esperados, en su caso responder ¿en qué?, ¿realmente qué camino tomar?, esta actividad también es muy importante.</p> <p>El proceso tanto como el resultado objetivo no sólo son esenciales para el éxito de la intervención, sino también para la construcción del grupo: por tanto se tratan de objetivos a lograr.</p>

Ficha No.	8
En la actuación del consultor con el cliente.- Actitudes de rechazo 1	
Objetivo	Identificar qué tipo de actitudes de rechazo pueden darse en un proceso de intervención y reaccionar adecuadamente.
Qué es	<p>Resistencia emocional inconsciente la mayoría de las veces a la labor del consultor.</p> <p>Cuando el cliente solicita más detalles, más información, puede existir la percepción del consultor que se desperdicia tiempo en reunir información y poco tiempo para ver que se hará.</p> <p>La actitud de solicitar el concepto "recetas de cocinas" las respuestas rápidas al problema planteado, a pesar de haber aceptado las condiciones, premisas de construir la solución.</p>
Cómo se realiza	<p>Estar atento a las señales de reacciones emocionales. El consultor tendrá que intervenir al hilo de estas percepciones de reacciones emocionales. En todo caso, deberá tener en cuenta estas manifestaciones en su forma de actuar.</p> <p>Algunas veces es razonable y necesario proporcionar informaciones o discutir con hechos las percepciones de los unos y de los otros (lo que supone prestaciones adicionales a lo establecido originalmente), organizar reuniones de grupo o encuentros individualizados para debatir del problema.</p>
Precauciones	El lujo de detalles en exceso suele ser un distractor para desviar la atención de construir la solución, pero cuando se perciben signos de impaciencia por tener la información puede ser signo de distracción y no una necesidad real de información. Sin embargo hay que tenerlas en cuenta.

Ficha No.	9
En la actuación del consultor con el cliente.- Actitudes de rechazo 2	
Objetivo	Identificar qué tipo de actitudes de rechazo pueden darse en un proceso de intervención y reaccionar adecuadamente.
Qué es	<p>Resistencia emocional inconsciente la mayoría de las veces a la labor del consultor.</p> <p>Tanto los directivos como el personal, están "muy ocupados", "hay mucho trabajo", "no hay tiempo", interrupciones del teléfono en las entrevistas o reuniones, retraso en el inicio de reuniones programadas, suspensiones, falta de asistencia, evitar el contacto con el consultor, interrupciones por las entradas de secretarias etc.</p>
Cómo se realiza	<p>El consultor debe entender el origen emocional de tales manifestaciones.</p> <p>Debe explicar, pero sobre todo dejar entender en su modalidad de funcionamiento, que esta para ayudar y para construir un futuro mejor para todos.</p> <p>Tiene que ser firme y programar reuniones buscando la compatibilidad de las agendas.</p> <p>También, en las reuniones, debe imponer disciplina.</p> <p>Sobre todo, para que estos fenómenos se suavicen, debe dar a cada uno un rol activo, tanto en la construcción de lo que se hace que en la comunicación en los grupos de trabajo (teoría de la traducción de Latour)</p>
Precauciones	Ver la ficha 8.

Ficha No.	10
En la actuación del consultor con el cliente.- Actitudes de rechazo 3	
Objetivo	Identificar qué tipo de actitudes de rechazo pueden darse en un proceso de intervención y reaccionar adecuadamente.
Qué es	<p>Resistencia emocional inconsciente la mayoría de las veces a la labor del consultor.</p> <p>Falta de sentido práctico al trabajo que se realiza.- El o los actores reiteran que ellos están en la práctica, en el mundo real, (cuando en realidad muchas veces son teóricos y faltos de sentido común y práctico además de revelar muchas veces su falta de seguridad).</p> <p>Comentarios como "no me sorprende", "eso ya lo sabía" restar importancia a la intervención, temor del o los jefes de perder el control.</p> <p>O bien cuando insisten en estar confundidos a pesar de estar muy claros los resultados de la intervención.</p> <p>O a pesar de estar de acuerdo con la construcción participativa en las soluciones, finalmente se manifiestan los directivos haciendo sentir que su palabra es la única imperante, "que las personas o empleados deberían entender, no saben, mi opinión es la mejor"</p>
Cómo se realiza	<p>Esto quiere decir que el consultor no es suficientemente concreto en su aproximación a las cosas.</p> <p>Debe acentuar este esfuerzo de partir siempre de los problemas como se perciben en el entorno de trabajo, no como él los conceptualizan.</p> <p>Precisamente, una parte del camino a hacer es de cambiar la conceptualización de los problemas para poder ir para adelante.</p> <p>Pero no se puede hacer si no se parte de las representaciones existentes, que hay que desconstruir para construir otras y empezar en construir soluciones</p>
Precauciones	Ver ficha 8

Conclusiones, recomendaciones y sugerencias

Ficha No.	11
En la actuación del consultor con el cliente.- Actitudes de rechazo 4	
Objetivo	Identificar qué tipo de actitudes de rechazo pueden darse en un proceso de intervención y reaccionar adecuadamente.
Qué es	<p>Resistencia emocional inconsciente del directivo, la mayoría de las veces a la labor del consultor.</p> <p>Cuando con palabras airadas y/o golpea el escritorio y/o no acepta la evolución del proceso, los resultados preliminares y/o lo toma como un ataque personal, o están defendiendo su manera de dirigir, su reputación, su ego, ya que en muchas ocasiones el proceso en construcción hacen que el directivo se sienta incómodo o descontento quizá incluso de una manera indirecta.</p> <p>En algunas ocasiones cuando el proceso de construcción está llegando al punto en donde se deben enfrentar los problemas por la alta dirección, y se está iniciando un proceso de mejora, es cuando ocurre que el cliente, el o los responsables de la organización comentan que todo ha mejorado y hacen sentir que ya no es necesario continuar con la intervención.</p> <p>O bien ante las propuestas que se van generando se muestran pasivos, distantes, no manifiestan su claro apoyo, participación y/o entusiasmo es una manera de mensaje que nos puede estar indicando "me mantengo y no cambiaré".</p>
Cómo se realiza	<p>Entonces, el consultor debe continuar con mucha pedagogía.</p> <p>Debe intentar hacer entender, con mapas concretos y explicaciones fundamentadas lo que a su juicio se puede lograr, continuando en el camino emprendido, más allá de los bloqueos relacionados a la emocionalidad y a los fenómenos de poder, el cómo las cosas pueden mejorar aún más.</p> <p>Es una cuestión de pedagogía (otra competencia que el consultor debe desarrollar).</p> <p>Pero también, en esto como en el resto, debe entender que hay problemas tan complejos, tan enquistados, que no tienen solución que pueda ser construida y dirigida en una intervención de consultor</p>
Precauciones	Ver ficha 8

6.2.4. Fichas Nos. 12 al 17 relacionadas con los aspectos operativos (FO)

Ficha No.	12
Facilitar y asegurar la conducción	
Objetivo	<p>Optimizar el funcionamiento del o los equipos, aporta los medios, las guías, facilita el trabajo en equipo (reuniones de trabajo, resolución de problemas en grupo).</p> <p>Es el hilo conductor para cada empleado, que le ayudará a comprender significativamente sus funciones, el saber hacer, el cómo hacerlo, porque y para qué hacerlo, y concientización del impacto de sus acciones</p>
Qué es	Se trata de dirigir (pilotear) los procesos de aprendizaje, y de ayudar a construirlo
Cómo se realiza	<p>Contar con personas impulsores y activos del proceso, además de la gente que toma en cargo el de apoyo en materia de comunicación y de formación que impulsarían, ayudando al elaborar la construcción del proceso de aprendizaje, planificar acciones, supervisar los avances, facilitar y acelerar con acciones que cumplan con:</p> <p>El objetivo, el respeto a las opiniones, la imparcialidad, dar seguimiento y evaluación a los procesos así como poner a disposición de los participantes, técnicas e instrumentos</p>
Precauciones	<p>Cuidar las funciones y procesos claves de la organización de tal suerte que estén cubiertos en ser atendidos principalmente los considerados claves.</p> <p>Así como estar atentos a los desvíos, respeto a las opiniones adversas, contribuir y aportar activamente en las soluciones que se vayan proponiendo.</p> <p>Es importante obtener pequeños resultados, tener cuidado en los factores y procesos clave y que estén correctamente articulados.</p>

Ficha No.	13
Gestionar los aspectos emocionales y los grupos de poder	
Objetivo	Contribuir a minimizar o evitar las resistencias que todo proceso nuevo conlleva.
Qué es	Tratar de una manera adecuada los estados emocionales tanto los propios como los demás integrantes de la organización. Evitar los bloqueos mentales.
Cómo se realiza	Identificar los elementos que hacen que las personas reaccionen con comportamientos tales como el no conocer, el no poder o no querer. Velar por tomar en cuenta e incorporar los intereses de los grupos y del proyecto
Precauciones	Cuidar los aspectos de comunicación o tener cuidado en construir una visión integral incorporando el interés de los diversos grupos identificados y en la que hayan participado el mayor número posible de integrantes de la organización. Revisar la cultura organizacional, capacidades, identificar las dificultades para trabajar en equipo, evitar la percepción de la escasez de recursos, así como el desánimo. Cuidar los desacuerdos, disminuir en lo posible la pérdida de identidad y la incertidumbre y el no querer trabajar más. Darles seguimiento a impulsores y barreras identificadas. Más autonomía y mayor descentralización de las responsabilidades.

Ficha No.	14
Tener en cuenta las roles de cada agente o actor	
Objetivos:	Co construir el diagnóstico y las soluciones

Qué es	Construir un enfoque adaptado a los actores y el contexto de la organización y promover la participación efectiva de los interesados en el proceso, e intentar la apropiación del proceso por los actores
---------------	---

Cómo se realiza	<p>Identificación de las representaciones de los agentes mediante entrevistas individuales, reuniones formales e informales, utilizar también los intercambios informales en las pausas y realizar las observaciones de situaciones de trabajo.</p> <p>Constitución de grupos que incluyen los diferentes niveles tanto directivos como niveles operativos, interdisciplinarios y tomando en cuenta la dimensión jerárquica.</p> <p>Animación de los grupos de trabajo de las actuaciones de los actores, permitiendo representaciones del proceso, identificando las representaciones dominantes, basándose en los recursos materiales disponibles y adaptando en su caso los instrumentos o técnicas existentes</p> <p>Comunicando los resultados</p>
------------------------	---

Precauciones	<p>No dejar que el responsable o una persona se apropien de la reunión, es importante que todos los involucrados participen.</p> <p>No salirse del interés principal a resolver.</p> <p>Distribuir el recurso tiempo.</p> <p>Es importante tener tiempos adecuados asignados a cada participante al hablar.</p> <p>Tener cuidado con la distribución del tiempo en general de la (s) reunión (es).</p>
---------------------	--

Conclusiones, recomendaciones y sugerencias

	<p>Dejar claro el mensaje, no hay buenos o malos desempeños.</p> <p>Todo es circunstancial.</p> <p>Buscar la coincidencia o discrepancia entre las palabras y los hechos, el mensaje que se tiene que tener siempre presente es que la congruencia entre el pensar, decir y actuar es importante.</p> <p>Observar comportamientos, y los resultados en documentos.</p> <p>Respetar y tolerar es importante en el decir, actuar y pensar de los demás.</p> <p>Las personas son importantes y merecen respeto y tolerancia en sus opiniones</p> <p>Evitar los conflictos en las reuniones.</p> <p>No promover el antagonismo entre dos opiniones, al contrario tratar de ver los puntos de convergencia.</p> <p>Si es necesario elegir el momento adecuado para abordarlo.</p>
--	--

Ficha No.	15
Promover la construcción de confianza entre los actores	
Objetivo	<p>Promover la confianza para lograr la participación efectivos de todos los actores interesados en el proceso, así como la construcción de la "seguridad psicológica" dentro de cada grupo.</p> <p>Promover la reflexión de los actores sobre lo que han aprendido</p>
Qué es	<p>La construcción de la confianza entre los actores es clave para poder impulsar los procesos de aprendizaje-desaprendizaje, ya que también se busca el permitir a todos "sentirse reconocido" por otros, así como "reconocer a los demás" y encontrar cual es su lugar dentro del grupo</p> <p>Asimismo se busca promover el reconocimiento y la resolución de conflictos y lograr la participación de los interesados en el proyecto de mejora o cambio.</p> <p>Fomentar el proceso de aprendizaje</p>
Cómo se realiza	<p>Creación de grupos o equipos de trabajo mediante la combinación de grupos pequeños (de 8 a 10 personas), las reuniones se celebren en lugares claramente identificados y que permiten un clima adecuado para trabajar.</p> <p>La duración de las reuniones debe iniciar y terminar puntualmente y deben tener una duración de dos horas como mínimo y cuatro horas como máximo.</p> <p>El tiempo entre las sesiones será programado dependiendo del cronograma del proyecto y no deben ser mayores a un mes, es recomendable cada quince días.</p> <p>Las recomendaciones de reglas para las reuniones que fomenten el respeto al que habla y al que escucha (respeto a los demás):</p> <p>Fijar el objetivo de la reunión y cuidar su cumplimiento en tiempo y contenido, así como repasar puntos clave vistos y discutidos en la reunión celebrada anteriormente, y lo que se ha hecho entre las dos reuniones.</p> <p>Durante la reunión utilizar las herramientas y métodos utilizados y reflexionar sobre cómo pudo haber sido o en situaciones nuevas.</p> <p>Cada persona debe autoimponerse un autocontrol para respetar dichas reglas.</p> <p>Tener tiempos medidos para equilibrar los tiempos de intervención.</p>

Conclusiones, recomendaciones y sugerencias

	<p>Buscar testimonios, reforzar al identificar cualquier conexión que contribuya al logro del objetivo de la reunión.</p> <p>Usar metáforas o analogías para ejemplificar.</p> <p>Establecer una revisión de lo hecho y establecer una síntesis (producto del análisis, aportaciones y debates) al concluir la reunión.</p> <p>Cuidar y estar atento de los distractores y ser flexible, evitar el cansancio de los participantes, interrupciones, cambios de tema, cambios del lugar de la reunión previsto inicialmente, cambiar el contenido de la reunión.</p> <p>Difundir los resultados comunicando y retroalimentando a los diversos interesados o responsables determinados lo que se ha cumplido en común.</p>
--	---

Precauciones	<p>Cuidar en presentar un comentario en nombre de alguno de los participantes</p> <p>No cortar drásticamente la palabra o extender el uso de la misma en exceso.</p> <p>Tener cuidado con el humor, a veces puede ser destructivo, debe usarse con cuidado, permitiendo relajación, pero no debe ser a costa de alguno de los participantes.</p> <p>Cuidar de los diferentes niveles de información contenida en el grupo.</p> <p>No revelar fuentes de información, guardar la confidencialidad de los datos.</p> <p>No obligar a alguien a hablar así como animar a respetar que guarda silencio o no desea opinar.</p> <p>Estar conscientes que cada quien y cada grupo tiene su propio ritmo, debe recordarse que la aceptación, la tolerancia y respeto son importantes.</p> <p>No dudar en repetir la información pertinente que sea necesaria y cuidar de inventar el "hilo negro o la reinvención de la rueda"</p>
---------------------	--

Ficha No.	16
Como intentar construir	
Objetivo	<p>Contribuir al cambio de las representaciones con una "construcción".</p> <p>Fomentar el diagnóstico de consenso y la prevención de conflictos.</p> <p>Promover la construcción de la identidad de grupo.</p> <p>Promover la sensación de "miembros activos"</p>
Qué es	<p>Lo más importante no es contar únicamente con soluciones, si no es producto de un acuerdo consensado de un proceso compartido, construido colectivamente, siendo el principal rol o papel del consultor, gerente o instructor)</p>
Cómo se realiza	<p>Identificación de las "diferencias de opinión" en: los intercambios individuales (entrevistas, observaciones), grupales (reuniones, recesos), así como la identificación de las diferencia de opinión en las observaciones (malentendidos, el tono agresivo), comportamiento (la indiferencia, la burla).</p> <p>Observar como algunos actores evitan deliberadamente el tema o se observan cuotas jerárquicas sobre el tema, o el dominio o victoria de los más aptos así como el enfoque constructivo para el problema de acuerdo a la dinámica identificada.</p> <p>Ya que si es dinámico, activo y altamente participativo y construido colectivamente, entonces las acciones son generalmente apoyadas.</p> <p>Si existieran diferencias con respecto a alguna parte del proceso y se identifica una integración y adhesión de personas en las diferencias y por tanto se hacen presente y por tanto se tiende a evitar el tema y además son apoyados por la autoridad entonces es recomendable evaluar lo avanzado utilizando y/o (a) eliminar las preguntas personales (b) fomentar la confianza (c) reorientar el trabajo</p>

Conclusiones, recomendaciones y sugerencias

Precauciones	<p>No olvidar que las diferencias de opinión son inherentes a la dinámica de grupo.</p> <p>Lo importante es identificar la manera de estructurar el grupo de forma dinámica en estas situaciones.</p> <p>No intervenir a toda costa.</p> <p>Elegir el momento adecuado para intervenir.</p> <p>Tener cuidado y presente que cada grupo tiene su propio funcionamiento, ya que la dinámica de trabajo en el grupo A puede ser diferente en el grupo B, incluso si nos encontramos con actores de A en B.</p> <p>Cuidado con la redacción de la pregunta: El ¿cómo? identifica el ¿por qué?</p> <p>No tomar un bando o ser parcial.</p> <p>Lo importante es mantenerse en actitud de escuchar tomando siempre que sea posible una distancia (actitud reflexiva).</p> <p>Evitando dejarse llevar por las emociones.</p>
---------------------	--

Ficha No.	17
Autoaprendizaje y sustentabilidad del enfoque	
Objetivo	<p>Lograr que las personas que trabajan en la organización sean capaces de lograr autoaprendizajes, autoformándose, más allá de la formación reglada (regulada) y de la instrucción.</p> <p>Promover el mantenimiento, dinamizar el proceso de aprendizaje aún después de nuestra intervención realizada.</p> <p>Promover la participación de los interesados en el proceso, asegurarse de que el enfoque de las partes es comprendida y construir nuevas estructuras de pensamiento.</p>
Qué es	Es el proceso que las personas al concientizarse, de sus ideas y mapas mentales, reflexionan, toman constantemente nuevos insumos de información y conocimientos que modifican sus mapas mentales y generan nuevas actitudes que a su vez darán luz a nuevas acciones o un comportamiento diferente
Cómo se realiza	<p>Insumos que deben proporcionarse para impulsarlo: información, formación, instrucción, delegación, autonomía, promover la formación de equipos de trabajo, crear espacios, propiciar momentos de reflexión, evaluación continua, interacción más intensa entre los actores.</p> <p>Identificar los elementos que han impulsado el proceso (palancas).</p> <p>Construir con los actores y, especialmente, con los dirigentes de la organización, una estructura de "relevo" de la solución adoptada en el proyecto:</p> <p>(a) Identificar un comité directivo (que puede ser el mismo que ya existentes),</p> <p>(b) Identificar a la persona responsable de la ejecución y el seguimiento de esta estructura,</p> <p>(c) Identificar los objetivos de resultados esperados y los plazos,</p> <p>(d) Identificar los actores voluntarios para participar en este</p>

Conclusiones, recomendaciones y sugerencias

	<p>proceso,</p> <p>(e) Determinar la forma que tomará el relevo la estructura (organización de un taller cada mes o cada dos meses...) y poner en marcha un sistema de " identificación de los frenos:</p> <p>Alertar a las autoridades de la organización en los demás frenos que podrían anular los esfuerzos realizados:</p> <p>a) Algunos cambios pueden poner en peligro la sostenibilidad (abandono por atender otro proyecto del responsable determinado, o varios integrantes del proyecto por otro proyecto con mayor prioridad</p> <p>b) La rutina puede causar al personal responsable o involucrado fatiga o cansancio y una disminución progresiva del interés en el tema (las reuniones no parecen traer nada, los jugadores participan menos en las reuniones)</p> <p>c) Es necesario invertir recursos en el proceso (sobre todo considerando los beneficios que en el futuro se tendrá como consecuencia de llevar a cabo de una manera distinta y con sinergias lo anteriormente logrado)</p> <p>d) Establecer un sistema de evaluación compartido que permita construir el "hilo en el agua" y la "piedra que se tira al lago"</p>
Precauciones	<p>Impulsar los elementos que ayuden al aprendizaje. Evitar cualquier barrera que impida el desarrollo de este proceso.</p> <p>No espere a que la respuesta a la pregunta sobre el futuro del proceso este dentro de la estructura.</p> <p>Es importante asegurarse de que el responsable identificado en la "estructura de relevo" tenga la libertad de acción para llevar a cabo las tareas encomendadas.</p> <p>Fomentar la reflexión y es muy importante evaluar y revitalizar siempre las acciones.</p>

6.3. Conclusiones del capítulo 6.

Una vez llevada a cabo la observación, el análisis y la discusión de los resultados (capítulo 5), basándonos en el marco teórico (capítulo 2), aplicando la metodología establecida descrita (capítulo 3), y el trabajo de campo realizado, presentamos en el presente capítulo nuestras propuestas, de tal manera que las sugerencias y recomendaciones planteadas nos permitan contestar a nuestras preguntas de investigación.

¿Cuáles son las palancas que impulsan el cambio, cuales son las resistencias y frenos para implementarlo en una organización hospitalaria, y que tipo de actuación se puede aconsejar a los encargados o directivos?

¿Qué elementos de método y herramientas pueden estar a la disposición del consultor para acompañar los procesos de cambio en los hospitales, y que tipo de actuación se puede aconsejar a los consultores?

Hemos por tanto, propuesto unas conclusiones analíticas sobre la naturaleza de las palancas y las resistencias al cambio frente a la transformación organizacional hospitalaria, observadas en el caso estudiado, y que fueron discutidas en el capítulo 5 y hemos propuesto un conjunto de fichas orientadas al “como actuar” en el capítulo 6, tanto para los encargados y los directivos, como para los consultores.

Además, hemos propuesto un conjunto de “reglas de juego” relacionadas al cómo intervenir eficazmente en entornos hospitalarios en transformación.

Reflexiones finales

Al concluir la presente investigación, nos gustaría realizar una reflexión final de lo realizado.

Lo propuesto como modelo de intervención, nos ha permitido impulsar a satisfacer nuevas formas de trabajo en el sector salud al establecer una red de consultores (CREAASS), así como la formación del diplomado internacional en gestión de hospitales, que con apoyo de nuestra red europea nos ha permitido estar en el preámbulo de nuevos proyectos que estamos seguros serán detonantes para impulsar y acelerar más y mejores aprendizajes que transformarán al sector.

Al iniciar el presente trabajo teníamos una percepción muy diferente de lo que considerábamos que era el cambio, el verdadero trabajo del consultor y sus diferentes roles y posibilidades, un mapa mental diferente del aprendizaje en las personas y su importancia en este trabajo y en las transformaciones organizacionales.

Descubrir que el éxito además de los logros obtenidos que se buscan mejorar, es la manera de gestionarlos, el cómo se realiza los procesos y los roles que asumen los diferentes agentes en

Conclusiones, recomendaciones y sugerencias

un proyecto, han sido una tarea ardua pero gratificante con apoyo de nuestro director de tesis el Dr. Jean Michel Larrasquet.

Si agregamos otros factores tales como la cultura y el contexto en donde se desarrollan las organizaciones hospitalarias, veremos como surge la complejidad del factor humano, agudizado por el entorno en donde se desenvuelven, lo que nos lleva pensar en el inmenso trabajo que se tiene por delante como un compromiso universitario y profesional sensible a los entornos sociales y su problemática ya que ante el entorno cambiante y demandante surgen nuevas posibilidades y oportunidades.

Hemos podido percatarnos de que en el Hospital de la Amistad, durante la construcción del caso y el empleo de la investigación-acción como método y herramienta de trabajo, se logró desarrollar la intimidad requerida durante la intervención y lograr de esta manera una mejor fundamentación en el estudio de la misma, permitiendo ser observada y analizada con mayor profundidad y sin limitantes personales.

Más allá, tenemos también que considerar la conveniencia de estudiar y realizar otras investigaciones similares en otros hospitales de nuestra región, para observar esos impulsores y frenos al aprendizaje personal, mismos que si nuestras propuestas planteadas se ejecutan y observan en otros hospitales y se validan o ajustan tendremos lo que podría ser considerada un modelo validado que permitirá contar con nuevas herramientas para el aprendizaje en nuestra cultura y en el sector de hospitales.

El presente trabajo nos permitió ver la importancia que tienen, lo que he denominado dos poderosos motores para el desarrollo en un sector, por un lado el gobierno-empresa-universidad y por otro el trabajo del consultor académico, que en este caso aplicamos en el sector hospitalario.

El primer motor es la triple hélice gobierno-empresa-universidad y su papel es fundamental en los cambios requeridos en nuestra sociedad.

Es necesario trabajar en ese aprendizaje con los principales actores para que entiendan que juntos, es como se podrá avanzar finalmente, por tanto es necesario empezar inmediatamente y recuperar el tiempo perdido.

La construcción de redes con el conocimiento compartido, la cooperación y colaboración necesarias para seguir avanzando y si continuamos contando con el apoyo de nuestros colegas europeos pensamos que podremos lograrlo, quizá lentamente como una piedra que se tira en un lago, pero que al insistir, repetir, perseverar se irá formando una corriente que permita esos tan anhelados factores o elementos de desarrollo y evolución para lograr entonces una mejor percepción generalizada de mejorar las condiciones de vida existentes en nuestra región.

Conclusiones, recomendaciones y sugerencias

El segundo y no menos importante motor, y que también cuenta con otra triple hélice, es el constituido por el trabajo del consultor-académico al conjuntar la investigación con la consultoría y la formación de recursos humanos, ya que por un lado, al contribuir a resolver problemáticas en las organizaciones, al acompañarlas, a través de la investigación, que nos permitirá ir a la médula de las prácticas, y las necesidad de aprender y desaprender por un lado, para posteriormente transmitir dichas experiencias en las aulas universitarias o de la propia organización, logrando así conocer nuevas formas de hacer, pensar, actuar, hacia adentro de las organizaciones y particularmente la universidad.

Se trata de impulsar la vinculación con los sectores productivos en nuestra entidad, particularmente el sector salud, sin el temor institucional o del personal de los sindicatos, de los cambios gubernamentales o de la falsa percepción de competir con los despachos de profesionales que se dedican a la práctica independiente y que en realidad generalmente, solo resuelven problemas inmediatos y que más ejercen la asesoría, no la consultoría.

Finalmente la satisfacción personal de que mediante el presente trabajo lo sugerido y recomendado responde, de una manera analizada, reflexionada, fundamentada, en la teoría y en la práctica, a nuestras preguntas de investigación y que humildemente intentaremos de divulgar, respetando la ética en nuestro desempeño como investigadores-consultores que pensamos es el tipo de profesional que en nuestro entorno actual tan complejo se requiere.

Proponiendo la importancia de resaltar el cómo, el proceso es importante y no las recetas de cocina tan utilizada y exigida en nuestro medio, producto de una penetración cultural y un desconocimiento de informaciones claves, que pensamos hoy, hemos reafirmado, y por tanto, insistimos, que debemos divulgar para su conocimiento.

7. Bibliografía

Bibliografía

Aguirre-Gas, H. (1991). Evaluación y garantía de calidad de la atención médica. *Instituto de Salud Pública* , 33;623-629.

Andersen, A. (1996). *Prácticas de Gerencia del Siglo XXI*. Madrid, España: La Palma.

Anderson, A. y. (1996). *Effective Enterprise and Change Managment*. Oxford: Blackwell Publisher Ltd.

Appelbaum, S. S.-P. (1998). "Strategic organizational change: the role of leadership, learning, motivation and productivity". *Management Decision* , 36/5, pp. 289-301.

Aramburu, N. (2000). *Un estudio del aprendizaje organizativo desde la perspectiva del cambio: Implicaciones estratégicas y organizativas*. . San Sebastián : Tesis doctoral Universidad Deusto, ESTE.

Argyris, C. &. (1996). *Organizational learning*. Madrid: Madrid: Addison Wesley.

Argyris, C. &. (1978). *Organizational Learning: A theory of action perspective*. Massachusetts: Addison Wesley .

Argyris, C. (1993). *Cómo vencer las barreras organizativas*. Madrid: Díaz de Santos.

Argyris, C. (2000). *On Organizational Learning Inc*. Oxford: Blackwell Publishers.

Argyris, C. (1994). *On organizational learning*. Oxford: Blackwell.

Argyris, C. (1999). *Sobre el aprendizaje organizacional*. México: Oxford. México: Oxford.

Argyrs, C. (1970). *Intervention, Theory and Method*. USA : Adison Wesley.

Balbastre, F. (2001). *La autoevaluación según los modelos de la gestion de la calidad y el aprendizaje en las organizaciones*. Valencia, España: Universidad de Valencia.

Barcelata, H. (2008). *"Salarios, Empleo y Política Social*. Recuperado el 15 de Octubre de 2009, de Eumed.Net: <http://www.eumed.net/libros/2008a/382/index.htm>

Bartlett A, e. a. (2000). *Cambio Organizacional*. Mexico: Editorial Trillas.

Bibliografía

- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. . New York: Ballantine.
- Beckhard, R. (1992). *Changing the Essence the Art of Creating and Leading Fundamental Change in Organizations*. San Francisco-London: Jossey-Bass.
- Beer, & E. (1996). "Developing an organization capable of implementing strategy and learning". *Human Relations* , Vol 49 No 5, pp 597-617.
- Biasca, R. (2001). *Somos Competitivos*. México: Granica.
- Blanchard, K. (2007). *Liderazgo de máximo nivel*. Barcelona: Granica .
- Blanchard, K. (1996). "Empowerment: 3 claves para que el proceso de facultar a sus empleados funcione en su empresa" . México: Editorial Norma.
- Bonache Pérez, J. (1999). "El estudio de casos como estrategia de construcción teórica: características, críticas y defensas" . . España: BONACHE PÉREZ, J. (1999). "El estudio de casos como estrategia de construcción Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa, 3: 123-140.
- Burns, T. &. (1961). *The management of innovation*. . London: Tavistock.
- Burns, T. &. (1994). *The management of innovation*. USA: Oxford University Press.
- Cambell, A. (1993). *Applied Chaos Theor;A paradigm of complexity*. Washington: Washington Academic Press.
- Capra, F. (1996). *The Web of Life*. New York: Anchor Books.
- Casado, J. &. (2004). *Desaprendizaje Organizativo*. Barcelona: Editorial Ariel S.A.
- Casanova, U. M. (2008). *Aprendizaje cooperativo en un contexto virtual*. Barcelona: Tesis doctoral.
- Chin, R. &. (1969). "General Strategies for Effecting Changes in Human Systems." . New York: Edited by W. G. Bennis, K. D. Benne, and R. Chin. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc., .

Bibliografía

Choo, C. W. (1988). *La organización inteligente. El empleo de la información para dar significado, crear conocimiento y tomar decisiones*. México: Oxford University Press.

Cole, D. &. (2005). *"Suicidio Profesional o asesinato organizacional"*. The Organization Development Institute International, Latinoamérica.

Cornejo A, A. (1997). *Complejidad y Caos*. Mexico: Ediciones Castillo.

Crozier, M. (1976). *Comparing structures and comparing games*. G.Hofstede & S. Kassim como editores European contributionss to Organization Therory.

Dachler, H. P. (1997). *Dachler, H. P. (1997): "Does the distinction between qualitative and quantitative methods make sense?"*. USA: Organization Studies: 709-724.

Daft L., R. (1998). *"Teoría y diseño organizacional"*. México: Thompson editores.

De Faria, M. (2008). *Desarrollo Organizacional: Un enfoque integral*. México: Limusa.

Dixon, N. (1994). *"The Organizational Learning Cycle. McGraw-Hill"*. USA: McGraw-Hill.

Dodgson, E. (1989). *Technology, strategy and the firm:Managment and public policy* . Londres: Longman.

Dyler, W. &. (1991). Better stories, not better constructs, to generate better theory: a rejoinder to Eisenhardt. *Academy of Managment Review* , 16, n. 3, 613-619.

Eisenhardt, K. (1989). Building theories from case study research". *Academy of Management* , Vol. 14, nº 4, pp. 532-550.

Elliot, J. (1994). *La investigación-acción en educación*. . Madrid: Ediciones Morata.

Española, D. R. (2001). *Diccionario Real Academia de la Lengua Española*. España: Diccionario Real Academia de la Lengua Española.

Etzioni, A. (1975). *A comparative analisis of complex organizations*. New York: Simon & Schuster Adult Publishing Group.

Bibliografía

Etzkowitz, H. y. (1997). *Universities and the Global Economy. A triple helix of the university-government relations*. London y Washington: Pinter Publisher.

Fernández, A. &. (2008). *Patologías en las Organizaciones*. Madrid: LID.

Filck, U. (1998). *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata SA.

Fiol, C. &. (1985). Organizational learning. *Academy of Managment Review* , 10 (4) 803-813.

Freire, P. (1974). *La educación como práctica de la libertad*. México: México. Siglo XXI editores. .

French, W. &. (1990). "*Organization Develoment: Behavioral sciencie interventions for organization improvement*". Englewood Cliffs: N. J: Prentice-Hall .

Froham, A. (1997). Igniting Organizational Change from Below: The Power of Personal Initiative. *Organizational Dynamics* , Vol 28 No 3 pag's 39-53.

Galbraith, J. K. (1999). *La sociedad opulenta* . Barcelona: Altaya ISBN 84-487-1956-5.

García R M & Rubio, A. B. (2007). "Relación entre los factores de riesgo psicosocial y la resistencia al cambio organizacional. En personal de seguridad de una empresa del sector económico terciario". *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología, Bogota Colombia* , Jul-Dic vol 3 No. 002.

Gaynor Butterfiel, E. (2001). Tipologías Organizacionales. *Congreso de Desarrollo Organizacional*. Buenos Aires, Argentina: Theod institute.

Gaynor, E. (1999). Las mejores teorías y prácticas. *Congreso de Desarrollo Organizacional*. Buenos Aires.

Gaynor, E. (31 de Mayo de 2008). *The OD Institute*. Recuperado el 31 de Mayo de 2008, de The od institute.org: <http://theod institute.org/joomla/que-dicen-los-expertos-en-empresas-y-do/10-autores/62-gouldner-alvin-w.html>

Geranmayeh, A. (1992). "*Organizational learning through interactive planning: Design of learning systems for ideal – seeking organizations*". Pennsylvania, Estados Unidos.:

Bibliografía

Trabajo de grado para optar al título de Doctor. Universidad de Pennsylvania, Estados Unidos.

Ghoshal, S. y. (1996). "Rebuilding Behavioral Context: A Blueprint for Corporate Renewal",. *Sloan Management Review*, , Winter Vol. 37, No. 2, pp. 23-36.

Giddens, A. (1987). *Las nuevas reglas del método sociológico: Crítica de las sociologías interpretativas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Gilbreath, R. (1990). *La estrategia del cambio*. México: Editorial Mc Graw Hill.

Goleman, D. (1999). *Inteligencia Emocional en la empresa*. México: Vergara.

Goodstein, L. y. (1991). "Creating Successful Organization Change", . *Organizational Dynamics*, Spring, , Vol. 19, No. 4, pp. 5-17.

Greiner, L. (1972). "Evolution and revolution as organizations grow",. *Harvard Business Review* , July/Aug pp 37-46.

Greiner, L. (1982). *Modelos para cambios en la Organización*. México: Biblioteca de Harvard de Administración de Empresas, Publicaciones Ejecutivas.

Grundy, S. (1982). *"Three modes of action research"*. Victoria: Deakin University.

Hamel, G. (2000). *"Liderando la revolución"*. Bogotá: Norma.

Hammon, S. A. (1996). *"The thin book of Appreciative Inquiry"*. TX: Thin Book Publishing Co. Plano TX.

Handy, C. (1992). *La edad de la insensatez*. España: Ed. Limusa.

Hartley, J. (1994). *"Case studies in organizational research"*. London: Sage Publications: 208-229.

Haspeslagh, B. &. (1994). Toward a Definition of Corporate Transformation",. *Sloan Management Review*, , Vol. 35, No. 3, Spring, pp. 101-106.

Hurley, E. (1999). *La investigación cualitativa y el profundo entendimiento de lo obvio*. USA: Health Services Research, 34 Part II.

Bibliografía

Jenson, M. &. (1976). "Theory of the Firm: Managerial Behaviour, Agency, Costs and Ownership Structure". *Journal of Financial Economics* , 305-360.

Kemis & Mc Taggart, S. (1998). *El curriculum más allá de la teoría de la reproducción*. Madrid: Morata.

Kinsey, C. (1993). *Adapting to Change (Crisp Professional series)*. USA: Course Technology Ptr ISBN 150652929.

Knowles, M. (2001). *Andragogía, el aprendizaje de los adultos*. México: Oxford.

Koontz, H. &. (1998). *“Administración: Una perspectiva global”*. México: Ed. McGrawHill.

Kubler-Ross, E. (1970). *On Death and Dying*. . Londres: Macmillan.

Kubr, e. a. (2000). *La Consultoría de Empresas Guía de la profesión*. México: OIT en español por Editorial Limusa S.A de C.V.

Lang, D. (1992). “Organizational Culture and Commitment”,. *Human Resource Development Quarterly*, , N° 3, 42-47.

Larrasquet, J. M. (31 de Mayo de 2009). Aprendizaje y desaprendizaje. (J. S. Cantón, Entrevistador)

Larrasquet, J. U. (2006). *Producir en el mundo del trabajo: la responsabilidad social de un centro de investigación en ciencias humanas* . Lieja - Bélgica: Trabajo presentado en Coloquio Lentic el 30 de noviembre de 2006 .

Latorre, A. (2005). *La investigación-acción*. Barcelona: Grao.

Lawrence, P. y. (1976). *Organización y ambiente*. México: Labor.

Lee, A. (1991). "Integrating positivist and integrative approaches to organizational research", . *Organization Science*, Vol. 2 (4): 342-365. , *Organization Science*, Vol. 2 (4): 342-365.

Levy, A. I. (1986). “Second-Order Planned Change: Definition and Conceptualization. *Organization Dynamics* , Summer pp 5-20.

Bibliografía

Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social , Issues* 2 (4): 34-46.

Lewin, K. (1943). Defining the "Field at Given Time. *Psychological Review* , 292-310.

Lindblom, C. (1979). *Usable knowledge: Social science and social problem solving*. USA: Yale University, Press 1979.

López, C. (Diciembre de 2001). *Gestiopolis*. Recuperado el 15 de Febrero de 2008, de <http://www.gestiopolis.com>

Luhmann, N. (1996). *Introduccion a la Teoria de Sistemas*. México: Universidad Iberoamericana.

Lyles, F. &. (1985). Organizational Learning. *Academy of Management , Review*. No. 10.

Malagón, G. (2008). *Administración Hospitalaria*. Madrid: Médica Panamericana.

Maldonado P., M. (2007). El trabajo colaborativo en el aula universitaria. *Revista Laurus de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Caracas* , 1-17, año 13 No. 17.

Marshak, R. (1993). "Managing the Metaphors of Change",. *Organizational Dynamics*, , Summer, Vol. 22, No.1, pp. 44-56.

Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista IIPSI. Facultad de Psicología UNMSM* , 123-146.

Maturana, H. y. (2003). *El árbol del conocimiento: Las bases del entendimiento humano*. Buenos Aires: Lumen Editorial Universitaria.

Mc Gill, M. S. (1992). "Management Practices in Learning Organizations". . *Organizational Dynamics* , vol.21, Summer, p. 5-17.

Mc Gregor, D. (1981). *El lado humano de la empresa*. México: ECASA.

Mercado, F. J. (2000). Investigación cualitativa en salud en América Latina. Un campo en consolidación. *Revista de la Universidad de Guadalajara* , 17, 19-30.

Bibliografía

- Mercado, M. F. (2002). Investigación Cualitativa en América Latina. Perspectivas críticas en salud. *International Journal of Qualitative Methods* 1 Winter , 1.
- Merton, R. K. (1949). *Social Theory and Social Structure*. New York: New York The Free Press.
- Mezias y Glynn. (1993). "The three faces of corporate renewal: institution, revolution, and evolution", . *Strategic Management Journal*, , Vol. 14, pp. 77-101.
- Minero, J. B. (2006). *Comportamiento de organización: Comportamiento 1: Teorías esenciales de la motivación y de la dirección*. USA: Armonk: M.E. Sharpe.
- Mintzberg, H. (1994). *Diseño de Organizaciones Eficientes*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Morin, E. (2004). *Edgar Morien El pensador planetario de las luciernagas más luminosas*. Recuperado el 25 de Noviembre de 2007, de <http://www.edgarmorin.org/Default.aspx?tabid=273>
- Nadler, D. y. (1990). "Beyond the Charismatic Leader: Leadership and Organizational Change",. *California Management Review*, , Vol. 32, no. 2, pp. 77-97. .
- Nonaka, I. (1988). "Creating Organizational Order out of Chaos: Self-Renewal in Japanese Firms", . *California Management Review*, , Spring, p.57-93.
- Nonaka, I. &. (1999). *La organización creadora de conocimiento. Como las compañías japonesas crean la dinámica de la innovación*. México: Oxford, University Press.
- Nonaka, I. &. (1995). *The Knowledge-Creating Company. Oxford*. Oxford: Oxford, University Press.
- Nonaka, I. y. (1996). "A theory of organizational knowledge creation". *International Journal of Technology Managment* , 11(7/8):833-845.
- Ouchi, W. (1981). *Theory Z : How American Business Can Meet the Japanese Challenge*. USA: Perseus.
- Pardo, d. V. (2003). *"La dirección participativa como elemento dinamizador en los cambios organizativos"*. Valencia: Universtitat de Valencia, Tesis Doctoral.

Bibliografía

- Pérez Aguiar, W. (1999). *El estudio de Casos*. Madrid: En Sarabia, F. J. (Ed.):.
- Pérez Aguiar, W. (2000). *Metodología para la investigación en marketing y dirección de empresa*. Madrid: Piramide.
- Peters, T. &. (1988). *En búsqueda de la excelencia*. Nueva York: Warner Books.
- Pilniere, V. (2007). *La gestión de los riesgos profesionales: el reto de entrenar*. Bidart: Tesis defendida en la Université de Pau et des Pays de l'Adour.
- Prigogine, I. a. (1984). *Order Out of Chaos; Man`s New Dialogue with Nature*. U.S.A: Bantam Book.
- Probst, G. &. (1995). " *La pratique de l'Enterprise apprenante.*". París: Les éditions d'organisation.
- Restrepo, G. B. (2002). Una variante pedagógica de la investigación-acción educativa. *OEI Revista Iberoamericana de Educación* , 1-10, ISSN 1681-5653.
- Revans, R. (1982). *The origins and growth of action learning*. Reino Unido: Chatwell Bratt.
- Rialp, A. (1998). "El método del caso como técnica de investigación y su aplicación al estudio de la función directiva",. Arredillo, La Rioja: ponencia presentada en el IV Taller de Metodología ACEDE 23-25 abril.
- Rickards, T. (2001). *La creatividad y la administración del cambio*. México, DF: Oxford.
- Rodríguez, C. (2003). *Métodos y estrategias de integración de los paradigmas en investigación*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Rothwell, W. ,. (1995). " *Practicing Organization Development: A Guide for Consultants*". USA: Pfeiffer & Co.
- Ruelas, Q. (1994). *Calidad y eficiencia de las organizaciones de atención a la salud. Primera edición*. pp54-56. México: Fundación Mexicana para la Salud.

Bibliografía

Ruiz Olabuenaga, J. I. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Ruiz, e. a. (1996). *Metodologia de la investigacion cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Ruiz, J. &. (1999). "Cambio estratégico y renovación organizativa: utilización de las capacidades latentes y periféricas",. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, , Vol. 8, No. 4, pp. 71-82.

Rumelt, R. (1995). *"Inertia and Transformation"*. Massachusetts: KluwerAcademic Publishers, Massachusetts , pp. 101-132.

Schein, E. (1986). *Cultura organizacional y liderazgo*. San Francisco California: Jorsey-Bass.

Schein, E. H. (1985). *Organizational culture and leadership: A dynamic view*. San Francisco: Jossey-Bass .

Schein, E. (1980). *Organizational Psychology*. USA: Prentice Hall.

Schein, E. (1969). *Process Consultation: Its role in organization development*. Reading,MA: Reading,MA:Addison-Wesley.

Schon, W. (1983). *"The Reflective Practitioner"*. London: Temple.

Schultz, L. &. (1988). *"Visioning the Future"* . N.J.: Ed. Malean & DeVogel .

Secretaria de Salud. (2004). *Aval ciudadano. Monitoreo ciudadano como método para fomentar la participación social en la transparencia y mejora de la calidad del trato digno*. México: SSA 2004.

Secretaría de Salud. (31 de Agosto de 2010). *Dirección General de Calidad y Educación en Salud*. Obtenido de DGCEs.- Aval ciudadano: http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/ac_funciones.html

Secretaria de Salud. (2001). *Programa Estatal de Salud*. Recuperado el 28 de Mayo de 2008, de PEMISPA: www.dgplades.salud.gob.mx

Bibliografía

Secretaría de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. México: Secretaria Salud ISBN 978-970-721-414-9.

Senge, P. (1992). *La quinta disciplina. Como impulsar el aprendizaje en la organización inteligente*. Buenos Aires : Granica .

Senge, P. (2006). *La Quintad disciplina en la practica*. Buenos Aires: Granica.

Sescovich Rojas, S. (2006). *Intervención Organizacional: Algunas consideraciones metodológicas*. Guatemala, Guatemala, Guatemala: Trabajo presentado en el XI Congreso Internacional del Consejo Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública.

Shepard, H. A. (1972). *"Rules of Thumb for Change Agents"*. USA: Institute for Applied Behavioral Science Bethel.

Sherwood, J. (2008). *Diferencias esenciales entre el enfoque tradicional de la consultoría y el enfoque colaborativo*. La Habana: Reproducido por CETDIR ; ISPJAE.

Stacey R, D. (1994). *Gestion del caos Ediciones* . Barcelona: Ediciones S .

Stenhouse, L. (1993). *La investigación como base de la enseñanza*. . Madrid: Ediciones Morata.

Strauss, G. &. (2002). *Bases de la investigación cualitativa*. Antioquía: Universidad de Antioquía.

Strebel, P. (1994). "Choosing the right change path", . *California Management Review*, , Winter Vol. 36, No. 2, pp. 29-51.

Swieringa, J. &. (1992). *Becoming a learning organization*. New York: Addison Wesley.

Swieringa, J. &. (1995). *La Organización que Aprende*. Mexico: Adison Wesley Pearson.

Tannenbaum. (1968). *Control en las Organizaciones*. USA: Mc Graw Hill.

Taylor, F. (1947). *Scientific Managment*. USA: Harper & Row.

Bibliografía

Taylor, S. &. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós Básica.

Toffler, A. (1979). *La tercera ola*. Barcelona: Plaza & Janes.

UNESCO. (1996). *Informe de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XX. La educación encierra un tesoro*. NY: Ediciones UNESCO.

Van de Ven, A. H. (1990). *Methods for studying innovation development*. USA: M.S. Press.

Villa Casal J.P & Caperán Vega, J. (2010). *"Manual de Coaching. Guía práctica"*. Barcelona : Profit Editorial.

Vroom, V. (1974). *A new look at managerial decision making*. USA: Prentice Hall.

Watkins, K. &. (1993). *"Sculpting the learning organization"*. San Francisco: Jossey – Bass.

Weber, M. (2002). *Economía y Sociedad: esbozo de sociología comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económica.

Wheatley, M. (1994). *Leadership and the new science: Learning about Organizations from an orderly universe*. San Francisco CA: Berrett-Koehler Publishers.

Whyte, W. (1956). *The Organization Man*. New York: Simon and Schuster.

Yin, R. (1994). *Case Study Research. Design and Methods*". Ed. Sage. Publications. London. London: Ed. Sage. Publications. London.

8. Anexos

Perspectiva/Tipos de cambio	
Magnitud	Megacambios
	Microcambios
Incrementar efectividad	Estratégicos
	Integrales
Origen	Reactivo
	Anticipativo
Necesidad	Imprescindibles
	Oportunos
Velocidad	Lentos o paulatinos
	Rápidos
"Planeados"	Incremental o creciente
	Continuo
	Transformativo

Anexo 2		
CUADRO Nº : Barreras al Aprendizaje		
Autor barreras del aprendizaje	Nombre que le da el autor	Observaciones y conceptos claves a observar
SENGE (1990)	Yo soy mi puesto, El enemigo externo, La ilusión de hacerse cargo, "La fijación en los hechos", "La parábola de la rana hervida", "La ilusión de que se aprende con la experiencia" "El mito del equipo administrativo"	Falta de visión, solo se preocupan por las tareas propias de su puesto Echar la culpa a los demás, no responsabilizarse Creer que se responde con agresividad como sinónimo de proactividad Prestar atención a lo inmediato, miopía Incapacidad de ver cambios lentos y graduales, solo se es sensible a los cambios rápidos y bruscos. Ceguera. Algunas consecuencias son a largo plazo. Se le da prioridad a la experiencia en la Organización Creencia de que el equipo directivo esta formado por gente capaz de resolver todos los problemas
GERANMAYE H (1992)	Aprendizaje supersticioso, Mito de la infalibilidad "Matar al mensajero", Trampas de competencia	Creer que determinadas rutinas o formas de hacer llevan al éxito, sin tener evidencias de que sea así. Mito asociado a la idea de que los directivos nunca cometen errores Castigar al portador de una mala noticia Reacias por su expertiz a abandonar rutinas que dominan
ARGYRIS (1993)	Incompetencia competente, Rutinas defensivas, "Autoengaño", "Malestar organizativo"	Aquellas situaciones en las que la acción de las personas produce resultados contraproducentes por sus intenciones. Incongruencias. Acciones que impiden a las personas experimentar el miedo o Identificar situaciones en que las personas se mantienen ciegos al negar la realidad o las incongruencias de sus acciones. Es la situación que se deriva de la práctica extendida del autoengaño.
WATKINS Y MARSICK (1993)	"Visión de túnel", Incapacidad aprendida, Aprendizaje truncado	Incapacidad para verse uno mismo o ver una situación desde un punto Situaciones caracterizadas por la total pasividad y desmotivación de las Situaciones en las que el proceso de aprendizaje es interrumpido total o parcialmente implantado.
PROBST Y BÜCHEL (1995)	"Privilegios y tabúes", "Patología de la información"	Privilegios que poseen ciertos miembros de la organización. Incapacidad para el tratamiento de la información.
FUENTE: Elaboración propia a partir de Nekane		

Anexo 3

En el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (2007) se establece:

“... el sector salud mexicano todavía cuenta con quirófanos y equipo insuficientes, que además presentan problemas de distribución entre entidades federativas, instituciones y poblaciones.

- Hospitales

México cuenta con 1,121 hospitales públicos. De este total, 628 pertenecen a las instituciones que atienden a la población no asegurada y el resto a la seguridad Social. El mayor volumen de hospitales se ubica en la categoría de hospitales generales. La cifra de hospitales por 100,000 habitantes es de 1.1 tanto en la seguridad social como en las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. Sin embargo, existen diferencias importantes entre entidades federativas. La disponibilidad de hospitales en Baja California Sur y Campeche, por ejemplo, es seis y cinco veces más alta, respectivamente, que la del Estado de México.

En cuanto a camas, los registros regulares sólo permiten agrupar a los hospitales públicos en dos grandes categorías: menos de 30 camas y 30 camas y más. En la seguridad social, la mayoría de los hospitales (64%) se ubica en la categoría de 30 camas y más.

La capacidad de producción de servicios de los hospitales también puede medirse a través del número de camas disponibles, que son de dos tipos: las llamadas camas censables, que son la fuente de los registros de egresos hospitalarios, y las camas de las áreas de urgencias y otros servicios, que no generan formalmente egresos hospitalarios por ser de observación o de corta estancia.

El sector público de la salud cuenta con 78,643 camas, de las cuales 53.7% corresponden a hospitales de la seguridad social y el resto a hospitales de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. Por institución, la Secretaría de Salud concentra el mayor volumen de estos recursos, con 42.4%, seguida por el IMSS e ISSSTE, con 37.3 y 8.6% de las camas, respectivamente.

Por lo que se refiere al número de camas por 1,000 habitantes, el sector público mexicano cuenta con una cifra de 0.74 camas, inferior al valor estándar sugerido por la OMS, que es de 1 cama por 1,000 habitantes.

- Quirófanos

El sector público cuenta con 2,893 quirófanos en todo el país; 1,526 pertenecen a las instituciones de seguridad social y el resto a las instituciones que atienden a la población sin seguridad social.

El número de quirófanos por 1,000 habitantes para el país en su conjunto es de 2.7, de 2.3 para la población sin seguridad social y de 3.2 para la población con seguridad social.

En estos quirófanos en 2005 se generaron 3.1 millones de cirugías; 58.2% se efectuaron en los hospitales de la seguridad social y el resto en los hospitales de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. El promedio diario de cirugías por quirófano es de 2.9, con importantes diferencias entre instituciones y estados. En los hospitales de la seguridad social este promedio es de 3.3, destacando el IMSS, donde se realizan casi cuatro cirugías diarias por quirófano. En cambio, el valor de este indicador en las unidades hospitalarias que atienden a la población sin seguridad social es de 2.5. Es importante señalar que las instituciones de seguridad social cuentan con un menor número de quirófanos que las obliga a hacer un uso más eficiente de estos recursos. También hay diferencias geográficas. En los hospitales de la seguridad social de Nuevo León se realizan 2.4 veces más cirugías por quirófano que en los hospitales de la misma institución de Chiapas y Baja California Sur. En los hospitales que atienden a la población sin seguridad social de Guanajuato y Querétaro se realizan 4.6 cirugías diarias por quirófano, contra 1.8 en los hospitales correspondientes de Jalisco y Sonora.

- Medicamentos

Uno de los insumos fundamentales del proceso de atención a la salud son los medicamentos. En años recientes, la disponibilidad de estos productos en las unidades públicas de atención a la salud ha sido motivo de una enorme preocupación por parte tanto de los usuarios como de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Hay también diferencias entre estados. El porcentaje de recetas completamente surtidas a los afiliados al SPS en las unidades de atención ambulatoria fue superior al 90% en nueve estados e inferior a 69% en cinco entidades federativas.

Los porcentajes en hospitales no son tan altos. En la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado que se llevó a cabo en 2005 se verificó la existencia de 30 medicamentos que siempre deberían estar disponibles en hospitales. En 70.4% de los hospitales de los SESA se contaba con la totalidad de estos medicamentos. Por lo que se refiere al surtimiento completo de recetas, sólo 44.4% de los afiliados al SPS egresaron con sus recetas totalmente surtidas.

- Médicos

En 2005 México disponía en las instituciones públicas de 648,283 trabajadores de la salud: prestadores de servicios clínicos, empleados administrativos y otro tipo de personal. De ese total, 22.2% correspondía a médicos en contacto con pacientes, 30.5% a enfermeras y 4.5% a personal involucrado en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Entre 2000 y 2005 el número de médicos se incrementó 19% y el número de enfermeras sólo 3.9%.

La información sobre el factor humano en el sector privado es muy limitada. Se calcula que en él laboran poco más de 55 mil médicos, alrededor de 37 mil enfermeras y cerca de 4 mil trabajadores involucrados en la prestación de servicios auxiliares.

También hay diferencias importantes en la disponibilidad de médicos entre instituciones públicas. PEMEX cuenta con más de tres médicos por 1,000 derechohabientes, contra menos de dos en la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE, y menos de uno en el IMSS-O.

- Enfermeras

La situación de las enfermeras es similar. A nivel nacional se cuenta con 2.2 enfermeras por 1,000 habitantes, cifra muy inferior al promedio de los países de la CDE, que es de 8. Hay importantes variaciones entre estados. El Distrito Federal cuenta con casi cinco enfermeras por 1,000 habitantes, contra menos de una en el Estado de México. Es importante además señalar que en cuatro entidades federativas (Chihuahua, Distrito Federal, Jalisco y México) se concentran 51% del total de enfermeras. La relación de enfermeras por médico es de 1.2.

En países como Canadá, Luxemburgo y Japón esta relación es de 4 a 1. Aquí también se observan diferencias importantes entre estados. Chihuahua, por ejemplo, presenta una relación de 4 a 1, y en el resto de las entidades federativas esta relación varía entre 1.7 y 1.1.

- Información en salud

En los últimos años el Sistema de Información en Salud (SIS) mexicano ha experimentado cambios importantes sobre todo por la incorporación de la tecnología de la información en los procesos de recolección y análisis. Sin embargo, esta incorporación no ha sido homogénea entre instituciones y servicios estatales de salud. Por ejemplo, el IMSS logró incorporar los registros médicos electrónicos a todas las unidades de medicina familiar y a un número importante de hospitales. Los servicios médicos de PEMEX están prácticamente automatizados. En el ISSSTE se ha introducido un sistema de gerencia en el área administrativa de las unidades

hospitalarias. Por su parte, la SS logró la incorporación de los registros médicos electrónicos en cinco entidades federativas y en 25 hospitales a lo largo del país. Pero más allá de enumerar las entidades o instituciones que han automatizado sus procesos en la consulta externa y hospitalización, es conveniente destacar que los desarrollos tecnológicos no caminan armónicamente siguiendo criterios o estándares de interoperabilidad.

Al igual que el sistema de salud, el SIS de nuestro país está fragmentado. Cada institución cuenta con sus propios formatos y criterios de recolección de datos. A pesar de que se cuenta con mecanismos de integración de las estadísticas de salud (publicación anual de boletines de estadísticas sectoriales y la organización de grupos interinstitucionales de información en salud a nivel nacional y estatal), uno de los grandes desafíos para esta administración es buscar más integración en los procesos, en los formatos y en los productos.

En el pasado la carencia de procesos eficientes en la recolección de datos y la falta de calidad y oportunidad de los datos recolectados generó la proliferación de formatos paralelos como un recurso de mejora. A la larga, este tipo de acciones resultaron perjudiciales para el buen funcionamiento de la organización pues, por un lado, incrementó la carga administrativa de los médicos y del personal que elabora los registros administrativos y, por otro, generó duplicidades y contradicciones en la información, la cual termina por no ser usada a cabalidad. Desafortunadamente no se logró armonizar el desarrollo del SIS con la reforma del Sistema de Salud. Quedó de manifiesto que no puede recaer en la estructura vigente, que requiere de cambios estructurales y funcionales en la organización, y de inversiones importantes en equipo informático y conectividad. También exige factor humano de nuevo tipo y capacitación.

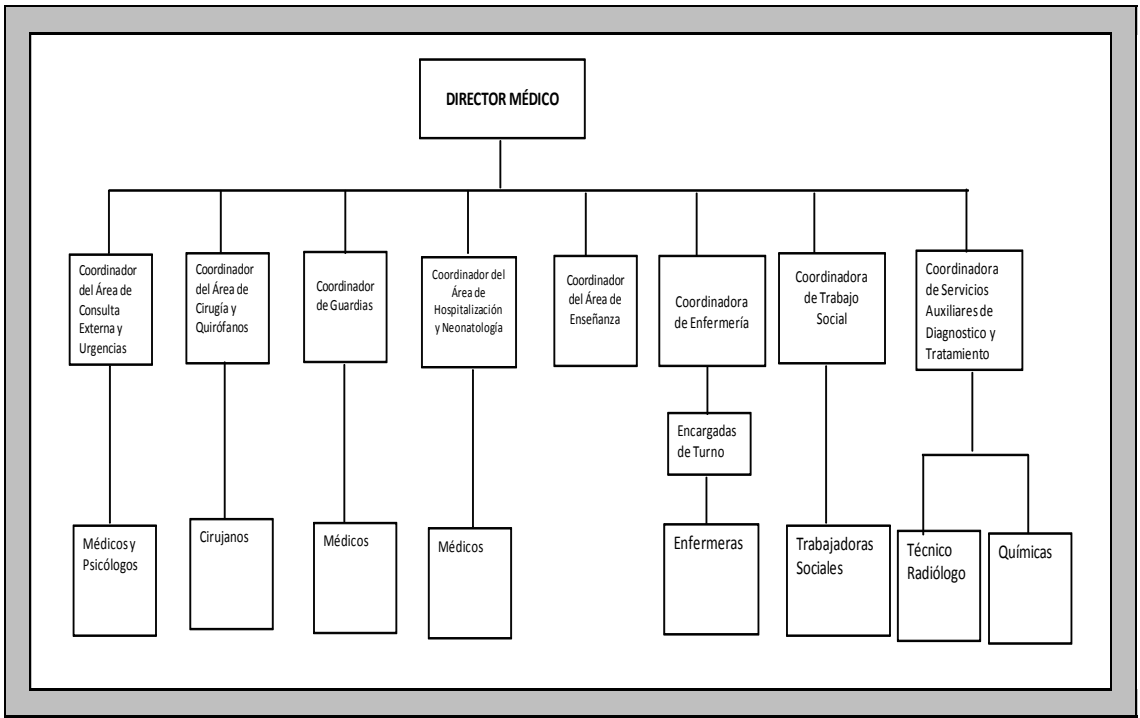
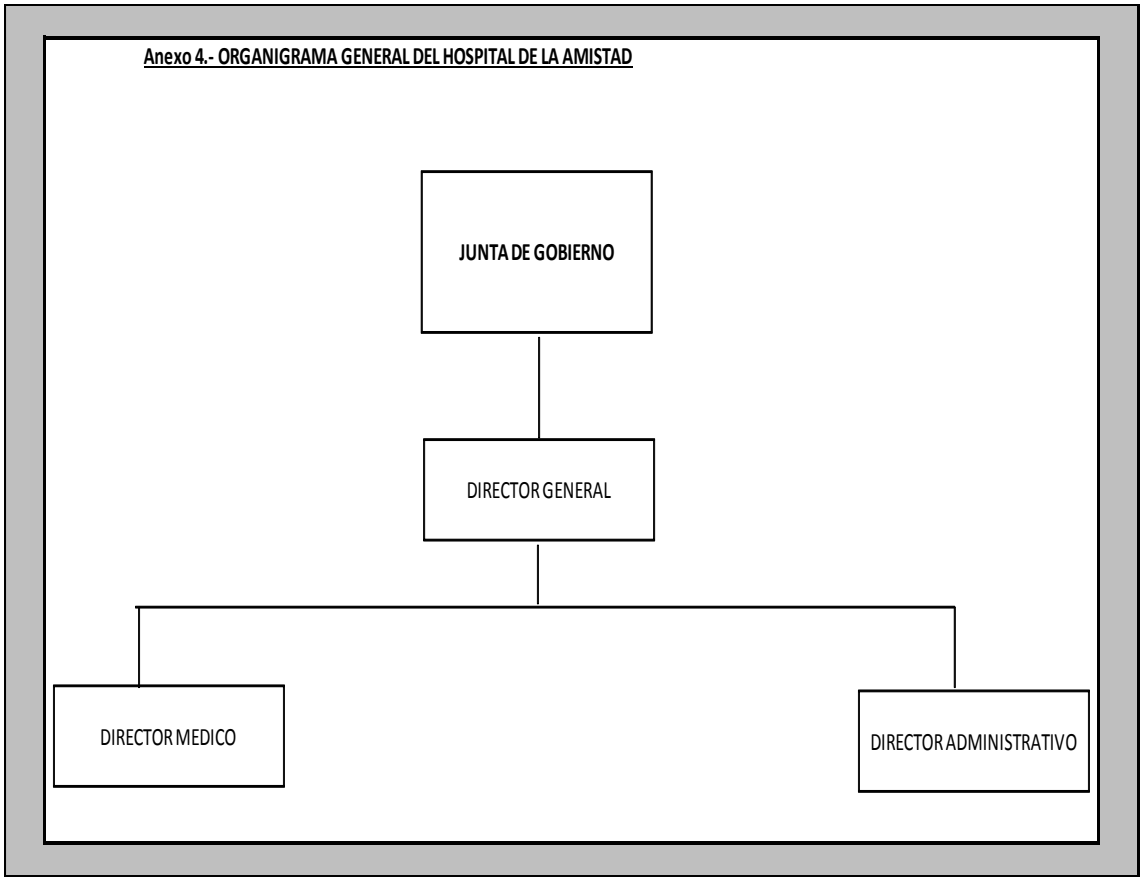
- Servicios personales de salud

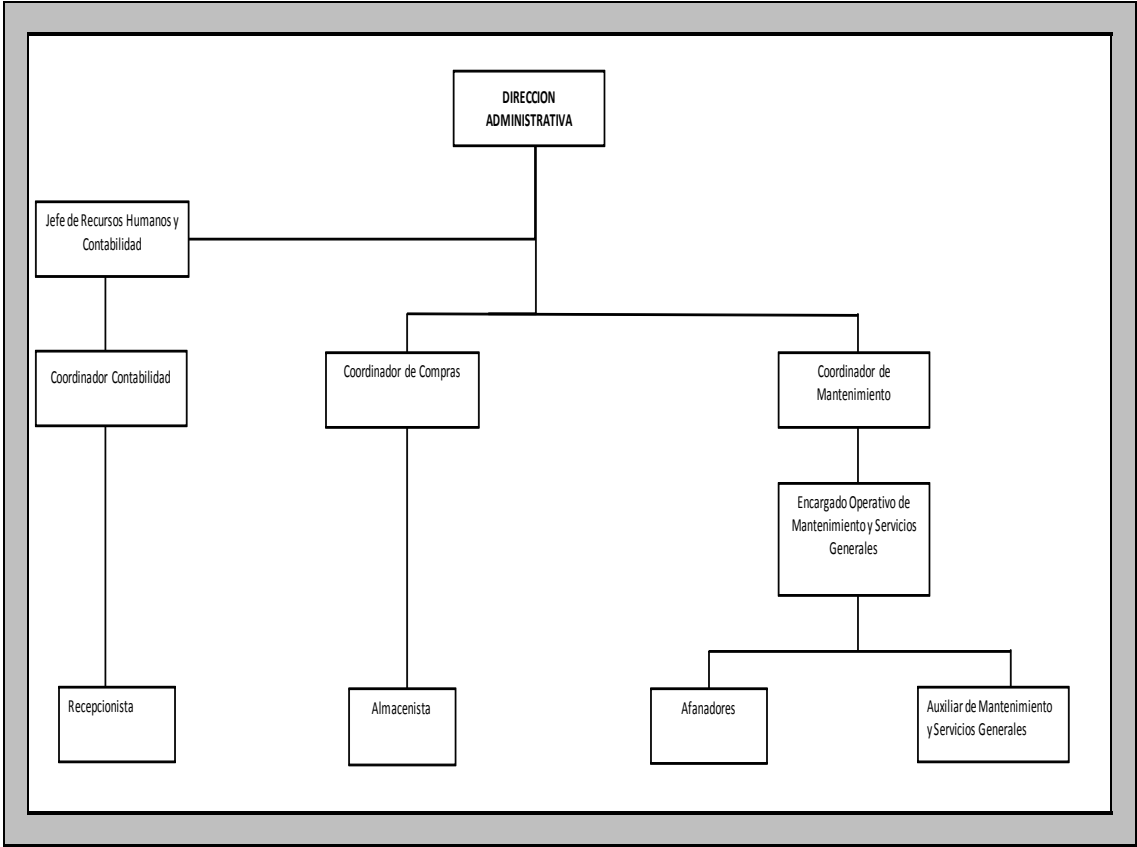
Los servicios personales de salud o servicios clínicos deben prestarse con calidad técnica, calidez y de manera eficiente. En México desde los años sesenta se han desarrollado iniciativas para mejorar la calidad de los servicios que prestan nuestras instituciones. Estas iniciativas han dado resultados importantes que se reflejan en los altos niveles de satisfacción de los usuarios. No obstante, es necesario mejorar todavía más la efectividad de las intervenciones clínicas, el trato que reciben los usuarios de los servicios de salud y la productividad de nuestras unidades de atención.

Los sistemas de salud deben ofrecer servicios de salud efectivos, seguros y eficientes, y responder de manera adecuada a las expectativas de los usuarios. La calidad significa también disponer de servicios dignos, tiempos de espera razonables y acceso a redes sociales de apoyo.

El principal problema del sistema nacional de salud en materia de calidad es la enorme heterogeneidad que existe a este respecto entre los principales prestadores de servicios.

Un aspecto relevante de la calidad de la atención y que está recibiendo una enorme atención en todo el mundo, es el de la seguridad de los pacientes. Todavía se cuenta con poca información a este respecto en nuestro país, pero se han hecho algunos esfuerzos por darles seguimiento a algunos indicadores de estructura relacionados con la seguridad en hospitales y regulados por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)".





Anexo 5.- Area de atención geográfica

Mercado Meta

Definición

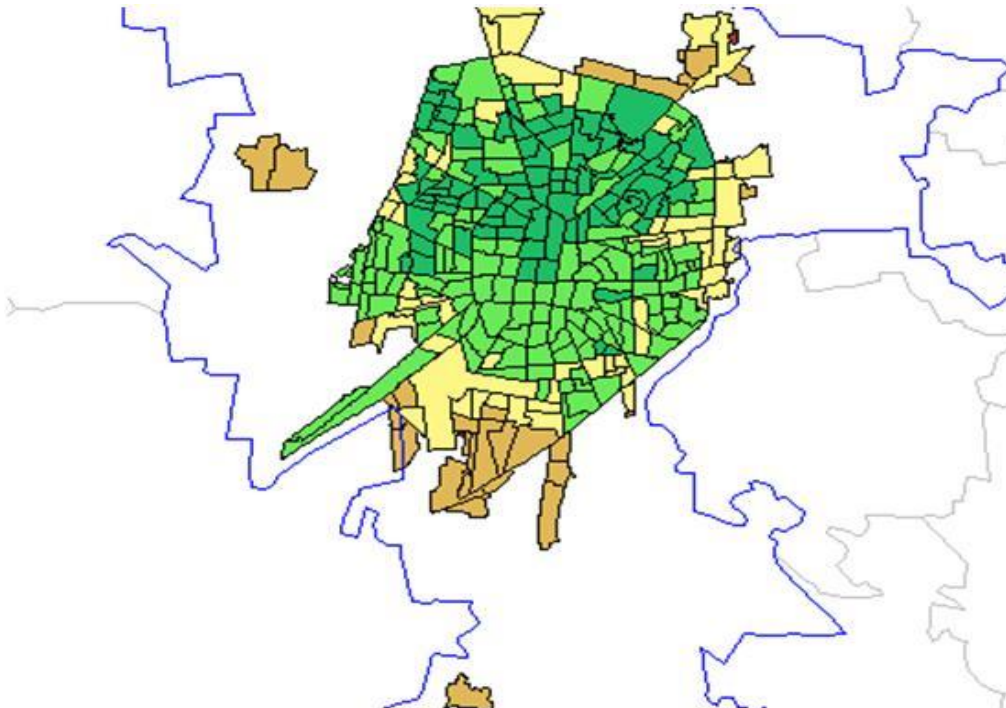
Madres con hijos de 0 a 18 años de edad, de nivel socioeconómico D+, D y E (AMAI), que no cuenten con un servicio de seguridad médica; que por su nivel socioeconómico no tiene los recursos para una atención medica privada.

Medición del mercado meta

Población Total	Población de Derechohabientes	Mercado Potencial	% de nivel socioeconómico D+, D y E	Mercado Meta
709598	167778	541820	87.7%	475176

Ubicación del mercado meta

Ubicación del mercado meta en Mérida por distritos. Ordenados por cercanía al hospital



Anexo 6

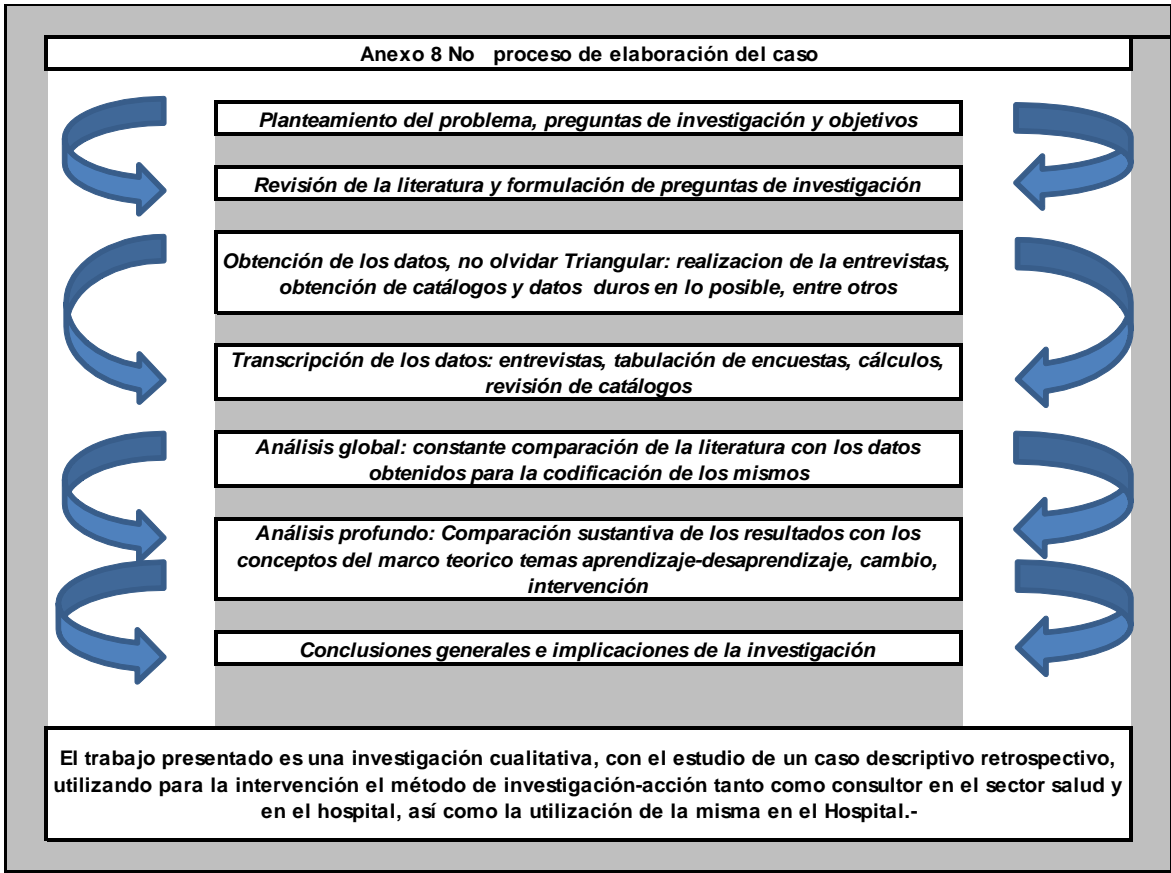
Cobertura Estatal por regiones que atiende el Hospital de la Amistad



Anexo No. 7	
Componentes del diseño de la investigación	
Componentes del diseño	Aplicación a la actual investigación
Cuestiones a estudiar	¿Cómo es el proceso de aprendizaje y cambio en una organización? ¿Qué factores dificultan el inicio y/o el desarrollo del aprendizaje cambio y sus resultados? ¿Qué factores lo facilitan? ¿Qué papel juega el consultor en los aprendizajes y el cambio y en los resultados del mismo?
Propósitos del estudio ¹	Analizar las etapas que atraviesa una organización cuando se enfrenta a un cambio Estudiar los factores que actúan como resistencia al Estudiar los factores que facilitan a una organización Examinar el papel que la dirección participativa puede desempeñar en los aprendizajes y en el proceso de cambio de una organización
Unidad de análisis	Los aprendizajes y el proceso de cambio y sus elementos asociados en la organización estudiada
Lógica que une los datos y las proposiciones	No es de aplicación en este estudio
Criterio para interpretar los resultados	Contribución de los resultados a la mejor comprensión de las cuestiones estudiadas para generar después una investigación de carácter cuantitativo

Fuente: Elaboración propia a partir de Balbastre (2001), Escribá (1999) y Yin (1994)

1	El esquema de Yin (1984) habla de proposiciones realizadas por el investigador. En cambio, como el mismo autor afirma, los estudios de caso exploratorios tienen razones legítimas para no presentar proposiciones, puesto que su objetivo consiste, precisamente, en generar un marco conceptual. Sin embargo, en el diseño de este tipo de investigaciones debería existir algún propósito orientador y director de la acción del investigador, por lo que siguiendo a Balbastre (2001), hemos sustituido la denominación de este componente de proposiciones a "propósitos".
---	---



Anexo No 9	
Guía Descriptiva de la entrevista	
Objetivo	Entrevistar a profundidad a los diversos actores del Hospital, con el objetivo de poder determinar si están presentes los elementos de los aprendizajes tanto individual como de grupo, así como los elementos de cambio, sus resistencia e impulsores.
Materiales	Cuaderno de campo, guía, grabadora
Tiempo	Dos sesiones con duración máxima de 3-4 horas. Recomendable una duración de 1.5 horas en la primera sesión, y para la segunda de 60 a 75 minutos.
Antecedentes	Se les envió un temario en general de lo que se platicará en la entrevista, con el ánimo de que recuerden, analicen y reflexionen lo sucedido durante su actuación. (Posteriormente confrontaremos lo que observan los expertos en el sector, y finalmente con nuestras reflexiones basadas en la observación y las entrevistas)
Procedimiento Planeación	Planeación de la entrevista: Definir el lugar, fecha y hora para la misma. La guía en la primera entrevista se basa en la actuación del entrevistado, su percepción, su experiencia, sus conocimientos, así como su pensar, sentir y decir del comportamiento de los otros actores del Hospital. Asimismo en la segunda entrevista se centrará principalmente hacia los elementos del cual pueden deducirse los impulsores o resistencias a los aprendizajes y al cambio.
Durante la entrevista	<p>Durante la entrevista se recomienda tener una actitud abierta, flexible, relajada, de escuchar y tratando de entender los comentarios, argumentos, y en su caso los criterios subjetivos que les llevo a actuar o comentar de tal manera.</p> <p>Presentarse, saludar, recordarle el proposito de la entrevista y del trabajo, agradecer su apoyo, y responder a todas las dudas que pueda tener de la entrevista antes de empezar.</p> <p>Solicitar permiso para en su caso emplear o utilizar el relato entero o como testimonios dentro de la investigación.</p> <p>Recordarle que se mantendrá la privacidad de sus comentarios y participaciones y el tratamiento que se dará a la información para efectos exclusivamente académicos.</p> <p>Preguntar si se puede grabar la entrevista.</p> <p>Tomar nota del contexto de la entrevista. Esto es, se sugiere tomar notas de la ubicación de cada uno de los actores, observar y tomar notas del lenguaje no verbal, qué están haciendo al momento de la entrevista - procurar momentos y espacios relajados-, observar la evasión o desconocimiento de algún tema, los silencios, las risas, el nerviosismo.</p> <p>Inducir en su caso a que el otro exprese lo que piensa, siente, diga o haga.</p> <p>Evitar darle respuestas a las preguntas</p> <p>Procesar la información y analizar por los temas o tópicos que hemos visto en el marco teórico, ver si existe serindipidez y en su caso agregarlo.</p> <p>Triangulación de la información: verificar diferentes percepciones y perspectivas sobre los temas abordados, profundizar sobre el tema y las preguntas de investigación sobretudo en la parte de impulsores y resistencias.</p> <p>Apoyarse en el cuaderno de trabajo, archivos electronicos del procesador de texto, mails, grabaciones.</p> <p>Recordar que es importante tener dos entrevistas con cada uno de los actores seleccionados, siempre exista disponibilidad de tiempo y disposición a las mismas.</p>

Anexos

Ficha 1	Anexo 10	
1a y 2a Entrevistas a	Director General (D)	
Hallazgos que tienen relación con la tesis		
Transformación	<p>No se debería tener prisa lo importante era hacerlo bien</p> <p>Se realizó una búsqueda de quienes podrían tener el perfil y la preparación para estar en el equipo, ya sea a nivel Médico, pasando por enfermería, administrativos y casi todo el personal, aunque hubo sus errores. Siempre se contó con la mayoría, una disposición al servicio que no había visto en ningún hospital</p> <p>Había disposición, visión muy clara a donde queríamos llegar, no había un solo compromiso de ningún tipo , únicamente con nuestros pacientes, la consigna, hacer lo que se debe hacer , de la manera correcta, cuando se debiera hacer, lo más importante , relaciones , amistades y asesorías</p> <p>Considero que hubo un cambio en la manera de hacer las cosas, procesos de atención, obtención de financiamiento , trato humano, y la forma de hacer en general las cosas, "ya que deseamos siempre ser los No. 1"</p>	<p>Mis observaciones y apuntes</p> <p>Ritmo</p> <p>Perfil</p> <p>Visión clara, compromiso personal</p> <p>Un cambio en la manera de hacer las cosas, en general</p>
Innovación	<p>La oportunidad maravillosa de surgir como hospital hecho por médicos y a modo de los médicos en todo sentido etico, profesional etc.</p> <p>La medicina de calidad sin intromisiones políticas</p> <p>Dirección General (tratando de garantizar a futuro que esta figura debe cumplir con cierto perfil medico , científica y académico)</p> <p>Debe ser un Hospital Diferente, siendo esto como una meta personal.</p>	<p>Se intentó</p> <p>Hospital diferente</p>
Resistencias	<p>Tuvimos los errores más grandes al escoger algún personal"</p> <p>Echar la culpa a los demás, no responsabilizarse, las casi siempre cumplían con sus funciones que el puesto exigía.</p> <p>Incapacidad de ver cambios lentos y graduales, solo se es sensible</p> <p>El trabajo tiene que salir perfecto. No se aceptan fallas son mal vistas.</p> <p>Las personas nunca se tienen la culpa. El error es de otros</p> <p>"Con apoyo de la tecnología tuvimos fuertes avances en la prestación del servicio reduciendo los tiempos de las reuniones.</p> <p>Desconozco que tan sinceros y que tan en confianza trabajaban entre ellos supongo que si por los resultados que se dieron.</p> <p>Algunos considero que fallé en la selección del personal</p>	<p>Compromiso del personal</p> <p>"La ilusión de que se aprende con la experiencia",</p>
<p>Impulsores o palancas</p> <p>Otros, Serendipidez, (descubrimientos)</p>	<p>Quisimos ser un hospital diferente, trate de darle confianza a la gente,</p> <p>Ajeno hasta entonces a todo punto de vista político,</p> <p>Una junta de Gobierno encabezada por la figura del Gobernador en turno y cuyos miembros incluyen personas de las instituciones de gobierno de sectores económico , asistencial</p> <p>y sobre todo el peso de la sociedad civil dentro de esta, se organizó el hospital con una Dirección General</p> <p>Debilidades.- Tal vez el no poder o no haber sabido en el corto tiempo, venderles la idea a las autoridades de todo tipo, estamos en un medio donde el populismo y asistencialismo predominan y la atención a la niñez, en forma integral, tristemente y aunque se lea paradójico e incongruente en la realidad poco interesa.</p> <p>Considero que hubo un aprendizaje en el equipo de trabajo y se generó un clima de trabajo adecuado para hacer las cosas, la encomienda es háganlo desde cero, sin manuales, procesos nueva forma hacerlo en nuestro medio</p> <p>Las personas muchas veces por más que se les dijo no cumplían con lo que se les decía, y por tanto no cumplían con los acuerdos tomados. Había que tomar medidas correctivas. Se hablaba con ellos, se les llamaba la atención y si era un comportamiento negativo tomar las medidas necesarias.</p> <p>Una función importante eran las relaciones externas al Hospital para tratar de conseguir donativos, pienso que se lograron no en la medida que hubiera deseado, pero creo que el tiempo dirá si fueron importantes o no, por otra parte la negociación de los apoyos económicos en el gobierno estatal eran difíciles pero creo que se conseguían ya que la demanda por la prestación del servicio iba en constante y exponencial aumento</p> <p>La falta de profesionalización en el sector publico de la salud en la dirección de hospitales esta siendo un factor que impide su desarrollo</p> <p>Sacrificar los intereses sociales por los intereses de grupo o político creo que es un error.</p> <p>Resultados obtenidos: ser el primer hospital público con cirugía pediátrica laparoscópica, haber iniciado el programa de Retinopatía del Prematuro, haber iniciado el seguimiento en la consulta de los pacientes que habían sido prematuros, contar con personal con más subespecialidades en pediatría, contar con una consulta pediátrica de buen nivel sin tener que pasar antes con el médico general, ser fuente proveedora de enfermeras para otros hospitales del sistema federal, y por si fuera poco ser el primer hospital acreditado y que está trabajando para ser certificado.</p>	<p>Visión, liderazgo, confianza, intento de construir una cultura diferente, emprendedor</p> <p>Factor político que hizo merma</p> <p>Innovación en la figura que dificultó el retroceso</p> <p>Precusores en la figura del aval ciudadano</p> <p>No se logró consolidar</p> <p>Aprendizaje de que si es posible resultado la acreditación en dos años</p>

Anexos

Ficha 2	Anexo 11
1a y 2a Entrevistas a	Director Médico (DM)

Hallazgos que tienen relación con la tesis

Transformación	<p>Sin tener conocimientos administrativos ni logística de trabajo el funcionamiento del área medica, realmente no recibí nada, mas que una idea vaga de lo que se quería</p> <p>Como referencia centros hospitalarios ya estructurados y posicionados como el Instituto Nacional de Pediatría (INPy) el Hospital Infantil de México (HIM)</p> <p>Tuve toda la libertad de ejercer mis facultades como director medico, teniendo una comunicación directa y horizontal en forma constante y permanente con el Director General y el Director Administrativo, aprendiendo uno del otro y estando abiertos a sugerencias y críticas que permitieron enriquecer el ejercicio de la actividad administrativa y aumentaron el bagaje de aprendizaje empirico que tuve en ese periodo.</p> <p>Debo mencionar que se partió de cero y todo fue un poco plan planito, resolviendo la problemática conforme se iba generando, pues no se tenía un punto del cual partir y solo contábamos con el conocimiento general del funcionamiento de los Hospitales Pediátricos donde habíamos laborado.</p> <p>En un principio era el caso, no existían procesos, por experiencias personales anteriores en el trabajo, y considerando que el tipo de proceso de trabajo era el mismo enfocándose a una población particular, no se considero la necesidad inicial de ponerlo por escrito</p> <p>Se contrato personal médico joven de acuerdo a perfiles , con competencias médicas, y buscando liderazgos, para contribuir como parte de la misión y visión del hospital.</p> <p>Un equipo que puede establecer una diferencia, se trabaja cumpliendo objetivos y no cumpliendo tiempos laborales, y sobre todo creo que la actitud de mucho del personal aun es de mucha motivación y energía para seguir impulsando el proyecto del Hospital.</p>	<p>Mis observaciones y apuntes</p> <p>Se inició desde cero, sin experiencias previas</p> <p>Experiencia de lo observado</p> <p>Aprendizajes, comunicación intensa, actitud,</p> <p>Ritmo,</p> <p>Caos, se dificulta mas el desconocimiento del tema</p> <p>Contrataciones adecuadas según perfil requerido, actitudes en el personal nuevo.</p> <p>Se integró y formo un equipo de trabajo motivado y comprometido</p>
Innovación	<p>Se considero asimismo empezar a tener colaboración de especialistas teniendo un esquema de pago por evento, como en el caso de Neurocirugía, Cirugía Cardiovascular y en el manejo del quirófano se cubrió los turnos de guardias nocturnas y de fin de semana con médicos bajo el régimen de pago por evento, esto incluyo a los anestesiólogos, lo que ha redundado en la optimización del tiempo quirúrgico y no tener médicos ociosos, percibiendo sin trabajar, disminuyendo el diferimiento quirúrgico y permitiendo ser expeditos en la atención medica sin retrasos para atender pacientes que requieren un procedimiento quirúrgico</p> <p>Conforme avanzó la gestión y se adquirió más experiencia, y ante la necesidad de tener procesos de certificación y acreditación del hospital como lo sería más tarde el concepto de Seguro Popular, se inició un área de calidad que se encargo de supervisar estos procesos.</p>	<p>Esquema de estímulos novedoso que impulsó el cambio, se incrementó la productividad y mejoraron las condiciones de trabajo</p> <p>Ante la experiencia adquirida y aunado a la necesidad de acreditarse con el animo de obtener reconocimiento y recursos se empezó a documentar y establecer los procesos y repensarse los mismos</p>
Resistencias	<p>Quizás el miedo a invertir en un proyecto sin retorno pronto de la inversión siendo el rédito de tipo social no pudiendo para los responsables de los dineros y de las decisiones, medir esa ganancia en forma objetiva.</p> <p>Actualmente hay aparentemente masarismo y apatía aunque se esta trabajando en la ampliación de la estructura hospitalaria, hay limitación de presupuesto y falta comunicación de las Direcciones con el personal, no se sabe bien a donde va el barco pues el capitán no platica con la tripulación ni parece conocer sus inquietudes, aunque no hay riesgo de motín, si empieza a haber pérdida de confianza, además de que el capitán no es visto como un líder</p> <p>El trabajo tiene que salir perfecto. No se aceptan fallas son mal vistas.</p> <p>Las personas nunca se tienen la culpa. El error es de otros. Algunos no eran tan confiables, la mayoría sí</p>	<p>Miedo a lo desconocido, incertidumbre de los actores y agentes</p> <p>Apatía, conformismo, miedo, regreso al pasado, se ha caído la comunicación por ignorancia y actitud, se pierde la confianza en quienes dirigen, no hay liderazgo</p>
Impulsores o palancas	<p>Inicialmente todo el personal medico, paramédico y administrativo estaba altamente motivado pues estábamos haciendo historia al estar iniciando un hospital que deseábamos tuviera una trascendencia no solo regional sino nacional y en su momento internacional</p> <p>Confianza en mi dirección, en mi personal lo cual me reforzó actuar de la misma manera, predicar con el ejemplo, congruencia fueron importantes</p> <p>Considero que la actitud del personal ha contribuido a hacer cambios, muchos les gusta hacer la diferencia y ven en el Hospital la oportunidad de no caer en los vicios que tanto criticaron cuando estaban en su etapa de formación, y creo que se esta logrando mucho, en ocasiones me sorprende el saber que aunque no lo percibamos, se considera un gran logro lo hecho en estos 4 años de trabajo</p> <p>Se le planteaban problemas y ayudaba y orientaba en la solución de los mismos. Tomaba decisiones adecuadas. Un buen jefe.</p>	<p>motivado por el líder, conscientes y orgullosos de ser algo importante en un proyecto importante,</p> <p>Confianza, liderazgo, congruencia</p> <p>Actitud</p> <p>Liderazgo</p>
Otros, Serendipidez, (descubrimientos)	<p>Un éxito fue la generación de la información estadística en forma razonablemente cercana a lo real sin sesgos, al dotar a todos los médicos de una base de datos sobre el formato Excel para la captura de la productividad y poder tener datos estadísticos que fueran reales y sobre todo que facilitarían su integración en el reporte mensual a Secretaría de Salud, pudiendo jugar con los datos sobre las necesidades que pide la misma Secretaría.</p> <p>El principal reto es el darle difusión al Hospital que tenga mas imagen y aprender a venderlo para posicionarlo como marca, tiene un valor agregado muy alto que no ha sido apreciado por las autoridades y las principales debilidades que también puede ser una fortaleza es que no saben lo que tienen en las manos como responsables actuales del proyecto, un factor que influye en la fuga de personal capacitado es la percepción económica y la irregularidad desde el punto de vista laboral, siendo a la fecha un punto no bien definido, en parte porque el responsable de eso, tampoco sabe como hacerlo.</p> <p>El reto es hacer crecer al hospital, incrementar el flujo de pacientes y aumentar la ocupación hospitalaria, incrementar la oferta de consulta con más especialidades y hacer autosustentable al hospital.</p> <p>El principal acierto fue que se vio que se puede lograr hacer funcionar un proyecto de esta magnitud, conjuntando voluntades, talentos y responsabilidades, el principal error ha sido el no saber vender la imagen y servicios del Hospital para posicionar la marca.</p> <p>Se contaba con una excelente plantilla de médicos y enfermeras</p> <p>Resultados obtenidos: mismos señalados por DG</p>	<p>Información es importante, generación de datos e indicadores</p> <p>Difusión para formar imagen, posicionar al hospital, gestión negociadora para el reconocimiento y presupuesto ante autoridades, condiciones económicas atractivas, incentivos, capacitar al personal directivo y operativo</p> <p>Autosustentable, autoorganizarse,</p>

Ficha 3	Anexo 12	
1a y 2a Entrevistas a	Director Administrativo (DA)	
Hallazgos que tienen relación con la tesis		
Transformación	<p>Para aumentar la productividad, estaban acostumbrados sueldo fijo por 100 pacientes.</p> <p>Un esquema mixto base más pago por evento ppe comisión, eso hizo que de 800- 900 consultas mensuales a 2500 mensuales en un mes, y el financiamiento de esto como se logró 20 pesos 50 de la cuota de recuperación hoy día ya no existe y es por fichajes 20 al día y ahí queda"Se estableció un programa de estímulos siendo un rotundo éxito ya que se incrementó la productividad. Aquellos que no quisieron o pudieron fueron dos casos según recuerdo, tuvieron que ser separados.</p> <p>Que todo gire alrededor de la atención al paciente, visión clara y objetivo claro</p> <p>Reuniones.- una vez al mes retroalimentación a toda la gente por áreas y se les decía lo que no funcionaba y lo que sí, y luego en reunión general era una reunión de carácter informativo y la gente entendió la retroalimentación y el contenido de las reuniones informativas, se dejaron de ver casos particulares (eso se veía con el jefe o supervisor inmediato), servía como que marcaba la brújula eso sí funciono muy bien</p> <p>El cambio provino de ellos y luego para quedarse el caso de expedientes de adentro y propuesto por las personas</p> <p>Logro en resultados de su área por temor no por el chiche sino por no defraudar la confianza que pusieron en él</p> <p>Armaron equipo de trabajo en cada depto y con la dirección motivados y con confianza</p> <p>Pocos despedidos en 4 años 3-4 que no funcionaron, no se adaptaron</p> <p>Enfermeras.- Dejaron renuncias voluntarias por mejoría económica, ya que los hospitales federales pagan mejor y mejores prestaciones. Sirvió de escuela-entrenamiento</p>	<p>Mis observaciones y apuntes</p> <p>Incentivos monetarios incrementaron productividad</p> <p>Estímulos, decae productividad en la segunda etapa</p> <p>Visión y objetivos claros</p> <p>Reuniones frecuentes en departamentos y generales, así como la directiva y con la junta de gobierno al principio, después sobretudo en la segunda etapa se dejó de hacer</p> <p>La gente proponía cambios, se comprometió, se le tenía confianza, había liderazgo</p> <p>Había miedo pero de fallarle a la institución = compromiso</p> <p>Equipo de trabajo integrado y motivado, comprometido</p> <p>Poca rotación por despido, la rotación más fuerte fue en enfermeras por aprendizaje en el hospital y mejor remuneración en los hospitales federales</p>
Innovación	<p>Mismo peso e importancia que un Secretario el cargo de Director, que un secretario esto fue innovador</p> <p>Intención de tener la fundación.- que vigile y controle y apoye integrando a un representante de la fundación por encima del poder del director del hospital (precursores al concepto de aval ciudadano)</p> <p>Control calidad depto de fundación anterior al aval ciudadano anticipándose a los tiempos creando un check list infraestructuras y observar y preguntar a los pacientes las señoras de la fundación entraban al área del hospital monitoreando y luego un concentrado a la presidenta de la fundación mas financiamiento al hospital</p> <p>Este monitoreo si detectaba necesidad de personal contrataba personal mediante una figura de asimilación a salarios para ayudar al hospital</p> <p>Con los estímulos al personal de pago extra por productividad lograda, había médicos en la tarde y noche, en fines de semana y se atendía a todos, por eso se llegó de 800-900 consultas a 2,500 al mes, pero actualmente solo se atienden 20 primeras fichas sin importar si vienen del interior del estado.</p> <p>Se determinó indicadores base para lograr el pago de estímulos al personal médico, administrativo, técnico, enfermeras, eso generó un mejor clima organizacional y estuvieron mas atentos a las indicaciones y proyectos</p> <p>Se generaron recursos logrando disminuir el apoyo gubernamental de un 80% a un 60 %</p> <p>Seguro popular.- Había que considerar acreditarse para obtener la posibilidad de cobrar el tratamiento completo de los pacientes en la red de hospitales certificados por eso el enfoque de calidad aunado a la normatividad federal que se estableció urgio y puso a la cabeza el tema de la calidad en los hospitales, sin embargo se ha vuelto una mafia para acreditar hospitales por parte de los visitantes</p> <p>Que es lo que no queríamos por eso se busco a gente recién egresada en lugar a personal que ya estaba con experiencia maleados o con paradigma en gestión de la salud eso se hizo hasta el final y se sacó a manzanas que estaban pudriendo a las demás con gente joven, se inició empow erment</p>	<p>Jerarquia del director, anterior gobierno le dio la importancia y respeto la jerarquía, actualmente hay encargado de hospital</p> <p>Precursores en el aval ciudadano,</p> <p>Fundación vigilaba, controlaba, supervisaba y apoyaba las necesidades del hospital, se ha hecho a un lado esta figura</p> <p>Se ha caído la atención de calidad ahora mas volumen sin incentivos, se ha perdido la autosustentabilidad y se ha incrementado la dependencia en el presupuesto, se ha regresado al esquema tradicional</p> <p>Determinación de indicadores claves ayudaron al proyecto</p> <p>Se logró reducir la dependencia en el presupuesto, mas autosustentabilidad en vías a la independencia</p> <p>La importancia del seguro popular es la creación via acreditamiento de pagar tratamientos completos a la red de hospitales acreditados (un seguro público en la red de hospitales autorizados), eso ha dado pauta a la obsesión de la calidad (no como una consecuencia de trabajar pensadamente sino como un medio y fin para obtener recursos, generando mafias entre otras cosas)</p> <p>Perfiles adecuados, no necesidad de sindicato, se inició empow erment, las tres o cuatro despedidos es por personal con experiencia y resistente al cambio que no quiso subirse al proyecto</p>
Resistencia	<p>La continuidad del director en el hospital para garantizar y evitar el involucramiento del gobierno estatal en la operación del hospital se estableció en el decreto de creación un artículo en la que es atribución del gobernador en turno y no de la junta de gobierno u algún otro mecanismo la designación del director del hospital (a la larga fue un error)</p> <p>Resistencia al cambio.-por los que venían del IMS, ISSSTE o del O'horán</p> <p>El trabajo tiene que salir perfecto. No se aceptan fallas son mal vistas.</p> <p>Las personas nunca se tienen la culpa. El error es de otros</p> <p>La normatividad existente nos obliga a proporcionar información estadísticas de casi todas las acciones y resultados del hospital. Uno de los retos era dotar de tecnología al Hospital cosa que se logró</p>	<p>Intervención del gobierno en la administración del hospital, no se pudo evitar -se intentó pero falló el mecanismo-</p> <p>Personal con vicios de otras instituciones que se incorporaron</p> <p>Resistencia</p> <p>Resistencia</p> <p>Excesiva normatividad, acierto en tecnología.</p>
Impulsores o palancas	<p>Opd el HAM no era parte de la SS y por tanto no tenía sindicatos que son un lastre.Por los vicios del sindicalismo como trabajar menos</p> <p>La gente comprometida con su chamba y no había necesidad de tener sindicatos</p> <p>Cobran conciencia de la importancia de su trabajo (látigo hoy ayer empow erment) le digo dejó explotar tu capacidad trabajar por objetivos</p> <p>Había medidas de control quizá no necesarios en la forma tradicional de hacer las cosas, esto no es una cárcel el médico viene porque está convencido y porque le gusta lo que hace comprometida con su trabajo</p> <p>Te hago participe</p>	<p>No sindicatos</p> <p>Personal, motivado, comprometido y guiado por buenos líderes, con información y retroalimentación, respeto a la persona y al trabajo</p> <p>Se inició empow erment, con el cambio de gobierno se interrumpió</p> <p>Confianza en el personal, por normatividad controles innecesarios</p> <p>Participación en las decisiones del trabajo</p>
Otros, Serendipidez, (descubrimientos)	<p>Planeación un hospital infantil de alta especialidad para desahogar al o'horán, problema pediátrico</p> <p>Fundación.- crear a un organismo de gobierno , primero crearon a dependencia independientemente del gobierno autonomía. Legalmente OPD -. orga pub descentralizado, personalidad jurídica y patrimonio propio</p> <p>Acreditación era un problema porque era independiente con esquema tripartito de financiamiento al sólo reportar al gobernador con copia al secretario</p> <p>Mismo peso que un secretario esto fue innovador</p> <p>Acreditamiento y certificación es consecuencia, pero se generan mafias</p> <p>Órgano tercero consultivo como la red CREAASS sería mas importante para apoyos técnicos y directivos</p> <p>Iso es repetitivo seguro popular certifica ssy es endogamia CREAASS puede ser el certificador</p> <p>Retos.- lograr autosuficiencia si el gobierno lo ve como carga lo cerrara</p> <p>Autosustentable</p> <p>Las personas muchas veces por más que se les dijo no cumplan con lo que se les decía, y por tanto no cumplan con los acuerdos tomados. Había que tomar medidas correctivas. Se hablaba con ellos, se les llamaba la atención y si era un comportamiento negativo tomar las medidas necesarias.</p> <p>El ejercicio presupuestal, la obtención de recursos que pienso también fue un acierto para poder realizar todo lo que se consiguió y demostrar que si se puede a pesar de la escasez del recurso económico,</p> <p>El cambio del gobierno estatal vino a hechar por la borda el esfuerzo realizado ojalá y no se pierda y todo por la política.</p> <p>Se contó con personal generalmente de primera tanto médicos, como enfermeras, técnicos y administrativos</p> <p>El programa de aval ciudadno federal tomo algunas ideas de lo que estábamos haciendo en el hospital</p> <p>Resultados obtenidos coincide con D y con CM</p> <p>Conseguía recursos, negociaba, ejercía su liderazgo, era una guía, estaba atento a lo que sucedía en el Hospital, un tipazo</p>	<p>Existo proyecto, estrategia, estructura y procesos</p> <p>Fundación fue un acierto se le ha hecho a un lado</p> <p>Poder al director fue mal visto en el sector, tripartita le dio mayor libertad de acción todo esto se ha recortado y minimizado</p> <p>Darle mismo peso que a un secretario de salud - innovador</p> <p>Acreditamiento y certificación en nuestro medio es necesario pero evitar la creación de mafias, CREAASS puede ser una alternativa</p> <p>Endogamia ya iso es repetitivo y la propia SS certifica</p> <p>Autoorganización es importante explorarla</p>

Ficha 4	Anexo 13	
1a y 2a Entrevistas a	Dr-Coordinador de Calidad e Innovación del Hospital (CCI)	
Hallazgos que tienen relación con la tesis		
Transformación	La incorporación de procesos, la identificación clara de los mismos, que permitieron lograr la acreditación a dos años de establecida la Coordinación. Es el primer hospital que lo logra.	Mis observaciones y apuntes Bucle sencillo,
Innovación	Anterior administración busco la innovación en la forma de trabajar, daba confianza, dejaba hablar al personal, se respiraba un clima organizacional agradable para trabajar, era como una gran familia, la gente comprometida en terminos generales, era mucho mas lo positivo que lo negativo, en la actualidad, se han regresado a esquemas tradicionales de trabajar, falta de respeto en el trabajo y en la personas, ya no es participativa la toma de decisiones, no existen liderazgos, existe un clima de miedo e inseguridad en el trabajo, se han eliminado los incentivos	Cultura, confianza, clima, respeto, valores,
Resistencias	Creencia de que el equipo directivo esta formado por gente capaz de resolver todos los problemas El trabajo tiene que salir perfecto. No se aceptan fallas son mal vistas. Las personas nunca se tienen la culpa. El error es de otros Había que lidiar con algunas personas. Se les tiene que repetir muchas veces cosas que ya estaban acordados. Hay que dar un fuerte seguimiento muchas veces. La presión por cumplir con las normas federales para lograr la acreditación que nos permitirá obtener más recursos es muy fuerte e importante para el Hospital.	Necesidad desaprender para aprender
Impulsores o palancas	Comunicación adecuada e intensa. Reuniones con el personal por departamentos, las reuniones generales ayudaron mucho	Comunicación clave
Otros, Serendipiez (descubrimientos)	Por más cursos y talleres y circulares, volantes etc muchas veces al personal se les olvidaba, o no cooperaban. Se contó con personal con conocimientos y muchos con actitudes de primera. El DG nos escuchaba y apoyaba. Un buen director, una buena persona.	Resultados obtenidos: coincide con lo dicho con DG, resistencias

Anexos

Ficha 5	Anexo 14	
1a y 2a Entrevistas a	Síntesis de 5 entrevistas 5 dres.	
Hallazgos que tienen relación con la tesis		
Transformación	<p>Aunque a veces me sentía menos importante que otros, en Dr. Arsenio siempre me escuchaba.</p> <p>No habían procesos bien organizados, pero empezamos a escribirlos, Empezamos a normar de acuerdo a nuestros conocimientos e investigando, para que las funciones se dieran correctamente. Los mismo los demás servicios. Nos dimos cuenta de que algo de burocracia era necesaria, porque adem's al final queríamos acreditar por el Seguro Popular.</p> <p>Se permite hablar para concientizar al personal y a los administrativos de que el trabajo es en equipo, desde intendencia hasta los que aportan lo económico, pasando por el área médica, administrativa y trabajo social.</p> <p>Queríamos hacer las cosas diferentes , como lo aprendimos</p> <p>Confiaban en mi capacidad y confiaba en el trabajo de los demás</p> <p>Todos confiaban en lo que el otro hacía</p> <p>Nos sentíamos apoyados y acogidos por nuestras autoridades cada vez más. Permitir y escuchar por parte de las autoridades las ideas nuevas para mejorar y estar a la vanguardia al menos en nuestro servicio que es sumamente cambiante.</p> <p>Empezábamos a ver los resultados y frutos buenos de los cambios de conciencia y los cambios de actitud. Yo trataba de frenar la huida de muchas de ellas enfocándome a que nuestro ambiente y nuestro nivel había mejorado e incluso rebasado el de otros hospitales.</p>	<p>Mis observaciones y apuntes</p> <p>Se le daba importancia a las personas, existía respeto a la persona y a su trabajo</p> <p>Procesos defectuosos, pero se fueron construyendo con el personal</p> <p>Se comprendió algo el proceso administrativo y su importancia, existía una clara meta obtener el seguro popular</p> <p>Libertad para expresarse</p> <p>Se aprendió a trabajar de una manera diferente</p> <p>Confianza</p> <p>Apoyo de la dirección, compromiso de la dirección</p> <p>Ambiente y nivel mejor que el de otros hospitales</p>
Innovación	<p>Creo que ser el primer hospital público con cirugía pediátrica laparoscópica (presumía el dr. Arsenio)</p> <p>Iniciar el programa de Retinopatía del Prematuro</p> <p>Iniciar el seguimiento en la consulta de los pacientes que habían sido prematuros</p> <p>Adquirir más subespecialidades en pediatría</p> <p>Tener una consulta pediátrica de buen nivel sin tener que pasar antes con el médico general.</p> <p>Personal de enfermería de otros hospitales empezaron a solicitar ser capacitados en el Hospital. Ej: Hospital Militar, Star médica, Ortopedia.</p>	<p>Ser el primer hospital con cirugía pediátrica</p> <p>Nuevos servicios</p> <p>Servicio dirigido a un segmento de la población</p> <p>Se percibe como un buen lugar de capacitación</p>
Resistencias	<p>La preparación académica de enfermería no estaba en las mejores condiciones lo condicionaba muchos errores. Muchas enfermeras buscaron otros trabajos mejor pagados y sin aparentemente tantas responsabilidades. Había que capacitar demasiado frecuente al personal. Aunque había cercanía con las autoridades en algunas ocasiones ignorábamos si el rumbo cambiaba o se modificaba o peligraba el personal. La coordinación con trabajo social también fue difícil.</p> <p>La cuestión económica, pocos quieren invertir en cursos si ello no va a elevar su sueldo, muchas enfermeras aprovecharon los cursos y constancias para pasarse a otros hospitales, Alta especialidad e IMS, empezamos a ser el trampolín. La inmadurez de las personas y la idea que traen la mayoría de ellas de trabajar únicamente para obtener dinero y no como satisfacción por sus esfuerzos. Muchas enfermeras ya capacitadas se fueron. Había que volver a empezar</p> <p>Pero muchas enfermeras al iniciar la nueva administración temieron por su trabajo ya que según ellas sintieron amenazado su trabajo, y que no había esperanza de que se siguiera la misma línea iniciada.</p> <p>Pero muchas enfermeras al iniciar la nueva administración temieron por su trabajo ya que según ellas sintieron amenazado su trabajo, y que no había esperanza de que se siguiera la misma línea iniciada.</p> <p>Muchas personas se sintieron muy agredidas, amenazadas, sumamente regañadas por la nueva administradora.....</p> <p>Yo no entiendo todo en política pero no se logró tener la mejor relación con las autoridades de la Secretaría de Salud.</p> <p>No ofrecer a tiempo todos nuestros servicios o no sé si no fueron aceptados por Salubridad.</p> <p>Me depresión vino cuando escuché la frase "no hay presupuesto para enseñanza, ni para cursitos"</p> <p>Creencia de que el equipo directivo esta formado por gente capaz de resolver todos los problemas</p> <p>El trabajo tiene que salir perfecto. No se aceptan fallas son mal vistas.</p> <p>Las personas nunca se tienen la culpa, generalmente si hay fallas es de otros no mía.</p> <p>En mi ámbito de trabajo si en términos generales se trabajaba bien</p>	<p>Faltaba competencias básicas de enfermeras, necesidad de mucha capacitación, no se sabía la percepción de las autoridades, no existió coordinación con trabajo social</p> <p>El personal no quiere invertir en autocapacitarse, actitudes negativas quizá por ignorancia o carencia de valores -se trabaja no por vocación sino por dinero-</p> <p>Incidentumbre laboral con la nueva administración, percibieron que se iba a suspender el proyecto y regresar a lo tradicional</p> <p>Personal percibió o sintió sentirse agredido, amenazado, carencia de forma y liderazgo</p> <p>No se logró la mejor relación con las autoridades de la secretaria (consecuencia del estatus del director por un lado y cambio de administración y estrella de la anterior administración)</p> <p>Falta de información adecuada al personal</p> <p>Desmotivación</p> <p>Mito administrativo</p>
Impulsores o palancas	<p>Platicar todos los días con ellas, pegar letreros de todos los ámbitos (académicos, éticos, pensamientos, pláticas de psicología) para convencerlas de que pueden ser capaces de mucho y que la necesidad de hacer equipo no podía faltar. Convencerlas de que las llamadas de atención no son contra las personas sino un grito pidiendo ayuda para mejorar. Conseguir cursos, clases, exámenes, mostrarles la verdad de sus esfuerzos les produjo entonces satisfacción en muchas.</p>	<p>Comunicación intensa, información copiosa, capacitación, no regañes si solicitar ayuda.</p>
Otros, Serendipidez, (descubrimientos)	<p>Personal joven , entusiasta, no maleado, con preparación y capacidad académica con la que no contaban los demás hospitales</p> <p>Capacitación y adiestramiento, estricto, constante para obtener alta calidad académica, moral y ética en la atención de los niños, sobre todo los más desprotegidos</p> <p>Darnos a conocer en la población y a nivel estatal, así como nacional. Convencer al ámbito médico pediátrico de que las cosas se pueden hacer bien optimizando todos los recursos. Continuar siendo resolutivos lo más posible.</p> <p>Con el cambio de administración sentimos que quedamos en último término en una lista de hospitales, que si bien habíamos llamado la atención por lo que la gente comentaba, también recibimos ofensas de pediatras de otros hospitales(aquí entre nos) sentimos que nos abandonaron , y que a toda costa el Hospital de La Amistad ya no debería continuar creciendo ni llamando tanto la atención.</p> <p>Nuestra fuerza de trabajo mayor en número eran las enfermeras así decidí que las enfermeras tenían que elevar su nivel académico, tenían que cambiar su forma de pensar y considerarse útiles aunque esto nos costara tiempo, dinero y muchísimo esfuerzo. Lo aprendí y reafirmé en el Diplomado.</p> <p>Probar aunque a veces me siendo explotada, he tenido muchas recompensas.</p> <p>Estoy convencida que los hospitales no los hacen famosos las nuevas máquinas o aparatos, que si bien son muchas veces necesarios, si el personal preparado, adiestrado, y capacitado no está presente, entonces son armas mal utilizadas o vueltas chatarra. Creo que el Hospital ha crecido en madurez personal y capacitación, no sé que dicen por fuera</p> <p>Resultados obtenidos: coincide con DG DM DA y CCI</p>	<p>Perfiles adecuados con competencias y actitudes</p> <p>Capacitación constantes</p> <p>Campaña de información y publicidad a la comunidad, participativos</p> <p>Aprendizaje adquirido y reforzado en DGH las enfermeras personal clave en la operación</p> <p>Aprendizaje.- lo importante son las personas</p>

Ficha 6	Anexo 15	
1a y 2a Entrevistas a	2 enfermeras y un admvo anónimos a petición	
	Síntesis 3 entrevistados.	
Hallazgos que tienen relación con la tesis		
Transformación	<p>Visión clara: hospital pediátrico, el paciente lo mas importante y atención y cuidados, ser un modelo local, nacional e internacional</p> <p>No nos acordamos de la misión, ni conocemos los objetivos o estrategias pero lo que nos decían tratabamos de hacer lo mejor posible</p>	<p>Mis observaciones y apuntes</p> <p>Falta comunicación intensa, ojo con las reuniones,</p>
Innovación		<p>Desconocimiento de conceptos aprender desaprender, organización inteligente etc.</p>
Resistencia	<p>Sentimos que queríamos crecer rápido que éramos capaces pero hubieron contratiempos de fuera que empezaron a intervenir aunque no nos detuvieron. El personal de enfermería estaba muy dividido, y tuvieron mucha inmadurez como personas a creer que era fácil iniciar y que se merecían el cielo de inmediato, querían colaborar pero la personalidad de tantas y acostumbradas a actuar de esa manera en otros hospitales, crearon divisiones , pleitos y exigencias de salarios. Sobre todo en nuestro caso, en que se manejan recién nacidos graves enfermos, la exigencia era mayor y no lo entendían , pensaban que habían agresión hacia las personas.</p> <p>Muchas fallas en la preparación de las compañeras, aunque con el apoyo del equipo de trabajo y con capacitación, logramos finalmente entender lo que se quería y pretendía y como podíamos contribuir</p> <p>Creencia de que el equipo directivo esta formado por gente capaz de resolver todos los problemas</p> <p>El trabajo tiene que salir perfecto. No se aceptan fallas son mal vistas.</p> <p>Las personas nunca se tienen la culpa. El error es de otros</p> <p>Hay que apegarse a los reglamentos y procedimientos establecidos, algunos podrían cambiar pero la norma lo impide.</p>	<p>Reflexión, fijarse en resistencias, aprendizajes,</p>
Impulsores o palancas	<p>Personal joven , entusiasta, no maleado, con preparación y capacidad académica con la que no contaban los demás hospitales</p> <p>Nos sentíamos apoyados y acogidos por nuestras autoridades cada vez más. Permitir y escuchar por parte de las autoridades las ideas nuevas para mejorar y estar a la vanguardia al menos en nuestro servicio que es sumamente cambiante.</p>	<p>Confianza, liderazgo, comunicación, visión</p>
Otros Serendipidez (descubrimientos)	<p>No recuerdan MVOE</p> <p>Teníamos buenas compañeras de trabajo</p> <p>Nos escuchaba y apoyaba. Un buen director</p>	<p>Comunicación</p>

Ficha 7	Anexo 16
1a y 2a Entrevistas a	<div data-bbox="488 253 1018 286">Cuatro integrantes de la red CREAASS</div> <div data-bbox="488 286 1297 353">Síntesis de 4 integrantes de la red Consultores en RED para el Análisis y Asistencia al Sector Salud CREAASS</div>
Hallazgos que tienen relación con la tesis	
Transformación	<div data-bbox="488 434 1018 797"> <p>No se debe tener prisa lo importante es hacerlo bien</p> <p>A la hora de ejecutar proyectos se realizó una búsqueda de quienes podrían tener el perfil y la preparación para estar en el equipo, ya sea a nivel Médico, pasando por enfermería, administrativos y casi todo el personal, aunque hubo sus errores. Se contó con la mayoría.</p> <p>Había disposición, visión muy clara a donde queríamos llegar, no había un solo compromiso de ningún tipo, únicamente con nuestros pacientes, la consigna, Hacer lo que se debe hacer, de la manera correcta, cuando se debiera hacer, lo más importante, relaciones, amistades y asesorías. No tener errores.</p> <p>Consideran que hubo un cambio en la manera de hacer las cosas en los nuevos proyectos.</p> </div> <div data-bbox="1058 383 1297 797"> <div data-bbox="1058 383 1297 434">Mis observaciones y apuntes</div> <p>Personal adecuado, hay disposición por aprender a aprender</p> </div>
Innovación	<div data-bbox="488 828 1018 1106"> <p>La oportunidad de hacer cosas nuevas con los conocimientos adquiridos.</p> <p>acreditamientos, las certificaciones, la calidad es muy importante.</p> <p>Dirección General debe de tratar de garantizar a futuro que los equipos de trabajo deban cumplir con cierto perfil médico, científico y académico, evitar los compradrazgos, los recomendados.</p> <p>Debe buscarse ser un Hospital Diferente, siendo esto como una meta personal.</p> </div> <div data-bbox="1058 828 1297 1106"> <p>Satisfacción por aprender a aprender.</p> <p>La calidad es obsesión en el sector, los acreditamientos y las certificaciones como objetivo. ¿Puede ser estrategia de entrada para entrar con nuevos conceptos en la gestión de los recursos humanos</p> </div>
Resistencias	<div data-bbox="488 1137 1018 1417"> <p>El personal médico, enfermeras y en general personal no administrativo no está dispuesto a pagar por su capacitación</p> <p>Echar la culpa a los demás, no responsabilizarse, no comprometerse</p> <p>La creencia de que el equipo directivo está formado por gente capaz de resolver todos los problemas es casi un paradigma en el sector.</p> <p>El trabajo tiene que salir perfecto. No se aceptan fallas, son mal vistas.</p> <p>Las personas nunca se tienen la culpa. El error es de otros</p> </div> <div data-bbox="1058 1137 1297 1417"> <p>Se manifiestan fuertes obstáculos culturales para impulsar los aprendizajes y desaprendizajes necesarios para evolucionar.</p> </div>
Impulsores o palancas	<div data-bbox="488 1449 1018 1565"> <p>Deseos de saber y conocer más. Conocer nuevas formas de hacer las cosas.</p> <p>Necesidad de cursos.</p> <p>Contar con estímulos.</p> </div> <div data-bbox="1058 1449 1297 1565"> <p>Oportunidades para proyectos, las personas tienen deseos de mejorar.</p> </div>
Otros, Serendipidez (descubrimientos)	<div data-bbox="488 1597 1018 1993"> <p>Debilidades en los hospitales.- Los sindicatos, los recomendados, los directivos buscan controlar todo, los administrativos buscan controlar todo y a veces no entienden la problemática en la gestión de un hospital. La corrupción y los bajos salarios del personal hace que muchas veces se cumpla con sus funciones básicas, no dan el extra. Estamos en un medio donde el populismo y asistencialismo predominan y la atención a la niñez, en forma integral, tristemente y aunque se lea paradójico e incongruente en la realidad poco interesa.</p> <p>Fortalezas.- Consideran que hubo un aprendizaje en el equipo de trabajo y se generó un clima de trabajo adecuado para hacer las cosas</p> <p>El DIGH nos fue útil, nos permitió lograr certificaciones y acreditamientos</p> </div> <div data-bbox="1058 1597 1297 1993"> <p>Factores culturales importantes, posibilidades para proyectos y explorar nuevas formas de intervenir.</p> </div>

Ficha 8	Anexo 17	Síntesis de la reunión con 13 integrantes del diplomado (la mayoría trabaja en el sector público o trabaja en dos sectores público y privado).
1a y 2a Entrevistas a	Participantes DIGH 2009 Funcionarios y ejecutivos de la segunda generación 16 (DGH)	
Hallazgos que tienen relación con la tesis		
Transformación	Consideran que el cambio en sus organizaciones ya lo perciben con otros anteojos como consecuencia del DIGH (diplomado internacional en gestión de hospitales), ahora comprenden mejor y sus conocimientos los han aplicado en sus centros de trabajo.	Mis observaciones y apuntes Para tomar nota en reflexiones parte final
Innovación	Consideran innovación que la normatividad para acreditar y certificar hospitales todo ello basándose en la calidad es una prioridad y ha permitido avanzar, sin embargo al haber tomado el diplomado internacional en gestión de hospitales han entendido que se debe trabajar con eficiencia y competitividad para tener como consecuencia los acreditamientos y certificaciones necesarios	La obsesión de la calidad en el sector , necesidad de impulsar el cambio de percepción de que es lo importante en realidad
Resistencias	Echar la culpa a los demás, no responsabilizarse, los obstáculos que pone el sindicato, las remuneraciones económicas en general son bajas entre los médicos estatales y los médicos en los sistemas federales, la normatividad que a veces es establecida por funcionarios de escritorio o personas que están sentadas sin conocer realmente lo que	Hay más conciencia de errores que de aciertos, aunque son realidades producto de la cultura y las formas clásicas de trabajo
Impulsores o palancas	Muchos tienen la voluntad de aprender, de su trabajo y su cumplimiento de acuerdo a las normas éticas de sus profesiones, existe gente emprendedora, la prestación del servicio no es malo pero puede mejorar	Oportunidades para nuevos proyectos y que el modelo que se proponga en parte 3
Otros, Serendipidez, (descubrimientos)	El DIGH nos fue útil, nos permitió lograr certificaciones y acreditamientos y los conocimientos adquiridos tratamos de transmitirlo a nuestros equipos de trabajo, consideran que hubo un desaprender-aprender y se generó un mejor clima de trabajo en sus organizaciones.	Oportunidades de nuevas formaciones.

