

Nuevos paradigmas en Management: Una aproximación desde la experiencia de modernización de los sistemas públicos de salud en Chile *

Carlos Vignolo Friz

1. Introducción

El mejoramiento de los sistemas de salud es una de las grandes preocupaciones contemporáneas, no sólo en los países subdesarrollados sino también en las grandes potencias económicas. En algunas de estas últimas, como es el caso de Estados Unidos de Norteamérica, esta preocupación ha dado origen a "megaproyectos" de transformación y a grandes fracasos.

La evidencia empírica muestra que el proceso para alcanzar, simultáneamente, mayor eficacia, mayor eficiencia y mayor calidad en el ámbito de la salud requiere de conceptualizaciones sofisticadas, sistémicas y multidisciplinarias. Una de las disciplinas que debe ser centralmente incorporada en la generación de marcos interpretativos que permitan adecuados diseños de proyectos de transformación de sistemas de salud es el "management" (1), la disciplina que se hace cargo de la pregunta por las organizaciones, los sistemas, los procedimientos, las tecnologías, y las capacidades y motivaciones humanas requeridas para llevar adelante exitosamente dichos procesos de transformación.

El presente artículo pretende hacer una contribución a la construcción de marcos interpretativos para el mejoramiento de los sistemas de salud, especialmente pero no exclusivamente en países de características similares a Chile, desde la observación y evaluación de algunos aspectos de un conjunto de proyectos de "modernización" (2) llevados a cabo en instituciones chilenas del ámbito de la salud pública en el período 1990-1997, abordados precisamente desde una óptica de management.

Los proyectos de modernización que se observan y evalúan, en la perspectiva de sacar lecciones de ellos, son algunos de aquellos en que el autor participó como consultor, dirigiendo el equipo de Gestión y Economía de Sistemas de Salud (GESS) del Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile. Ellos incluyen: dos proyectos a nivel ministerial, uno con uno de los 27 servicios de salud pública del país y dos a nivel de hospitales públicos, uno metropolitano de urgencia y de alta complejidad y otro rural básico.

2. Algunas consideraciones teórico-metodológicas

Las observaciones, evaluaciones y propuestas que acá se realizan son hechas desde una perspectiva particular de management, asociada a una opción epistemológica y ontológica también particular, sobre la que es necesario, entre otras cosas por razones de consistencia, hacer referencia explícita, aunque sea brevemente. La tesis básica de trasfondo, desde la cual este artículo se genera y escribe, es que la centralidad del management en la vida moderna y los radicales cambios de paradigmas ocurridos en el management occidental en las últimas dos décadas son causa y efecto de cambios también radicales en los paradigmas filosóficos -epistemológicos y ontológicos- en los cuales se apoya la teoría del management y la teoría de organizaciones.

Los cambios fácticos que ocurren a nivel mundial y que están asociados al fenómeno de la globalización, en su sentido integral y no puramente económico, están mostrando cada vez con mayor claridad la insuficiencia del modelo "racionalístico y metafísico" como base para la articulación de paradigmas modernos de management, esto es, que sean capaces de producir eficacia, eficiencia, innovación permanente y calidad en el accionar de las organizaciones. Los paradigmas de management con esta base filosófica de sustentación, han mostrado ser especialmente insuficientes y deficientes para lidiar con las complejidades propias del "recurso humano", en un contexto en el cual tiende a

(*) Versión revisada del documento presentado al II Congreso Interamericano del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, celebrado en Margarita, Venezuela, del 15 al 18 de octubre de 1997. Su título original fue "La modernización de los sistemas públicos de salud en Chile 1990-1997: una visión desde el mundo del management".

generarse un consenso acerca de que la calidad y el compromiso de los "recursos humanos" de una organización -entendidos ya no como meros "recursos productivos" sino como "personas", seres humanos que no dejan de serlo al momento de producir – es el único factor que, en un horizonte extendido de tiempo, garantiza la sobrevivencia y el desarrollo de ella (3).

De la esencia del modelo que denominamos acá "racionalístico y metafísico" es la interpretación del ser humano como un animal pensante, cuya acción, cuando es "adecuada", "correcta", "eficaz", etc., debe ser precedida por un acto consciente, reflexivo, de "optimización". De allí es que emerge la acción directiva o gerencial como proceso de "toma de decisiones racionales". Ni las emociones, ni la intuición, ni los factores culturales juegan un rol de significación en este modelo. Tampoco éste da cuenta adecuadamente de las habilidades o destrezas de comunicación, trabajo en equipo y liderazgo, todas las cuales han ido adquiriendo una relevancia mayor en la "praxis" de la gestión moderna. El aprendizaje de management es, en el paradigma tradicional, preferentemente de modelos, métodos y técnicas que son "aplicados" por el "manager" cuando enfrenta "problemas", cuya resolución racional, estructurada y planificada, es, supuestamente, de la esencia de la acción gerencial.

La evidencia empírica contemporánea es, sin embargo, crecientemente contraria a esta forma de entender el fenómeno del management. Como lo señala Mintzberg en su clásico artículo "*The manager's job*": "Estudio tras estudio muestran que los "*managers*" trabajan a un paso incesante, que sus actividades son caracterizadas por la brevedad, variedad y discontinuidad, y que ellos están fuertemente orientados a la acción y no son proclives a las actividades reflexivas" (4)

Si bien una parte insustituible de la tarea del buen "manager", desde un punto de vista normativo al menos, consiste en tomar decisiones racionales, informadas y calculadas, coherentes y consistentes, este modelo de la acción gerencial es absolutamente insuficiente para dar cuenta de una enorme cantidad de otro tipo de acciones observadas en la práctica cotidiana de los gerentes, directivos, ejecutivos, supervisores, jefes, etc. Incluso más, la comparación intertemporal pareciera mostrar una disminución de los tiempos dedicados a los procesos estructurados de carácter reflexivo.

Es por ello que nuevas interpretaciones de la acción humana han empezado a emerger en el mundo del management. Es por ello que la filosofía y la biología han llegado al management. Es por ello que el libro "Conocer" del destacado biólogo chileno Francisco Varela está escrito a petición de Royal Dutch Shell Corporation, quien lo invitó a dictar una conferencia en el Shell Centre de Londres justificando dicha invitación en la necesidad de comprenderse a sí misma como un sistema complejo de aprendizaje. Es por ello que uno de los libros más importantes sobre computación escritos en la década del 80 -con Terry Winograd y Fernando Flores como autores- lleva por título "Understanding Computers and Cognition" y está dedicado en su primera mitad a revisar críticamente la tradición filosófica occidental, desde Aristóteles en adelante. Es por ello también que el libro "The knowledge creating company" de los japoneses Ikujiro Nonaka y Hirotaka Takeuchi, que es un claro "breakthrough" en este ámbito -dicho por Michael Porter y Karl Weick, entre otros- dedica sus primeras 50 paginas a una revisión comparada de las tradiciones filosóficas occidental y japonesa para, desde allí, proponer un modelo del éxito japonés -en términos de innovación empresarial- en ejes de coordenadas filosóficas: epistemología en un eje, ontología en el otro (5).

Es por ello, finalmente, que la rupturista propuesta de Humberto Maturana de mirar la acción humana como especificada por la emoción, más que por la razón, ha tenido gran aceptación entre muchos estudiosos y expertos del management moderno, incluyendo a los propios Nonaka y Takeuchi (6).

Lo que Maturana propone, desde la biología y la epistemología experimental, es una interpretación de la acción humana como el resultado del operar de un sistema determinado estructuralmente, en que lo que ocurre -o no ocurre- tiene que ver con cómo cada ser humano está configurado -desde su historia filo y ontogenética- y en que los factores externos no determinan sino solamente desencadenan aquello que a los humanos les ocurre. Un mismo factor generará distintas

acciones en distintas personas, dependiente, por una parte, de su particular estructura y, por otra, de su particular y específica "disposición corporal a la acción" en el momento en que el desencadenamiento ocurre. Es a este segundo factor condicionante de la acción que Maturana especifica como la emoción.

Pues bien, vista así la acción humana, la emoción pasa a jugar un rol central en el management - el diseño, dirección, gestión y administración de organizaciones- dado que esta disciplina y práctica humana busca que las personas que las componen realicen acciones eficaces y eficientes. Mientras en la concepción racionalística, ello pasa simplemente por que las personas sepan lo que tienen que hacer y sepan hacer lo que tienen que hacer -en un marco de incentivos y castigos adecuados- en la concepción de Maturana se hace necesario generar las emociones - como disposiciones corporales a la acción- desde las cuales las acciones buscadas son posibles. Las emociones aparecen entonces como objetos primordiales de observación y diseño, siendo estas funciones centrales del nuevo líder. Ya no es cuestión de mejorar el "clima organizacional" en un sentido vago, como normalmente es entendido y como lo refleja el uso metafórico del término "clima". Se trata ahora de un proceso permanente, complejo, profundo, de observación, comprensión y transformación de las emociones con que las personas operan dentro de la organización.

Particularmente importantes son estas nuevas prácticas del management cuando las culturas organizacionales -entendidas como conjuntos de discursos y prácticas "incorporados" en la operación tradicional de la organización- incluyen emociones instaladas como estados de ánimo permanentes que no permiten las acciones deseadas. Por ejemplo, en culturas como la chilena, en que la emoción y la práctica de la desconfianza son muy fuertes y generalizadas, es imposible mejorar el trabajo en equipo y la colaboración y coordinación espontánea sin atacar y al menos disminuir dicha endemia emocional. Como se argumentará más adelante en el texto, ello es particularmente relevante en los sistemas de salud, donde con bastante frecuencia la desconfianza alcanza niveles patológicos.

Otro elemento central de estos nuevos paradigmas de lo humano, que expanden el espacio del management, se relaciona con el abandono de la pretensión de objetividad en el conocer humano. En coherencia con planteamientos filosóficos modernos ligados a la vertiente existencialista, Maturana propone, desde la epistemología experimental, que el conocer "objetivo" no existe y que, por el contrario, el conocer involucra al que conoce de una forma contingente a su estructura y a la emoción desde la que conoce. Desde esta interpretación, en que la ciencia misma deja de ser conocimiento objetivo y acumulativo de la "res extensa" -argumento por lo demás central en el planteamiento de Kuhn- el escuchar y el observar -por ejemplo, a los clientes y a los empleados de la compañía- dejan de ser procesos puramente administrados por los sentidos y la razón, complicando adicionalmente la tarea del líder. Escuchar ya no es más lo mismo que oír. Escuchar ya no es más -en estas nuevas interpretaciones- "captar bien" lo que el otro dice, sino generar interpretaciones poderosas, coherentes y consistentes, que se hagan cargo, simultánea e integradamente, de la forma de ver, ser y hacer del otro, de los otros y del propio que escucha.

Visto así, el liderazgo deja de ser un asunto de virtudes mágicas, supuestamente genéticas, para convertirse en un conjunto de capacidades humanas susceptibles de ser aprendidas y desarrolladas.

En este tipo de interpretación, la participación no es una cuestión sólo de aprovechamiento óptimo de la información y las capacidades disponibles en la organización, sino también un proceso insustituible para la configuración de los estados de ánimo requeridos por la innovación, la productividad y la calidad: confianza, entusiasmo, compromiso, apropiación, ambición, aceptación, etc.

En este nuevo tipo de interpretación de lo humano, la incomunicación y la comunicación no están determinadas por el porcentaje de la información total disponible que se comunica -o no se comunica- sino mucho por las emociones en que viven los miembros de una organización. La comunicación, entendida como la eficacia y la eficiencia en la coordinación de acciones, puede ser muy alta, aún en condiciones de muy poca transparencia informativa, si los niveles de confianza son altos.

Finalmente, los nuevos paradigmas de lo humano - aquellos que surgen desde Maturana, Heidegger y Nietzsche, y que rompen con la tradición "metafísica-racionalista"- facilitan la comprensión del mundo y de las organizaciones humanas como procesos de "construcción de realidad". Ello permite mirar los procesos de diseño en general y de diseño estratégico en particular con un prisma muy diferente que el tradicional. Mientras para la tradición cartesiana del management los procesos de planificación estratégica son, a lo más, mecanismos que facilitan los procesos de elección entre alternativas, en las nuevas concepciones los ejercicios de diseño estratégico pueden ser vistos como el proceso permanente de "construcción" participativa del futuro de la organización y de la organización misma, incluyendo muy especialmente la construcción de los estados de ánimo que hacen posible la construcción del futuro diseñado.

Una última reflexión conceptual parece necesaria, antes de avanzar hacia el centro de atención de este artículo, cual es el examen crítico de la experiencia de modernización de la gestión de la salud pública chilena en los últimos años.

Los nuevos paradigmas que significan una ruptura profunda con los paradigmas occidentales tradicionales, no sólo tienen implicancias prácticas en el ámbito de la gestión: lo tienen en casi cualquier ámbito de acción humana imaginable, incluyendo por cierto escribir y leer textos.

Este texto está escrito -o al menos estaba escrito en su versión original- desde la pretensión de abandonar al máximo la concepción racionalista de escribir y leer. Primero, y eso se mantiene intacto aún después de las revisiones sugeridas, este texto abandona toda pretensión de describir "verdades". Sólo busca "gatillar" reflexiones -e idealmente, por cierto, acciones concretas- de política pública, de management, de consultoría y de capacitación que conduzcan a un mejoramiento de la salud pública, de la gestión pública y de la gestión en general en nuestros países.

Segundo, dado dicho objetivo -desencadenar reflexiones y acciones nuevas y mejores- se busca que el texto sea leído y leído entero, preferentemente por tomadores de decisión y no sólo por académicos. Por ello, un fraseo heterodoxo y poco frecuente en los textos académicos es elegido, buscando con ello -y esto es nuevamente un requisito de consistencia- generar los estados de ánimo requeridos para que ese público lea y escuche posibilidades nuevas de acción. Ello significa necesariamente un costo en términos de completitud e impecabilidad del argumento, a veces incluso de rigor.

A continuación, se hace una muy breve presentación sinóptica de los principales casos de modernización institucional desde los cuales se concluye y propone.

En la parte final del documento, la central, se presentan las principales proposiciones interpretativas y de diseño, que surgen de la observación, o análisis, de los casos observados.

3. Los casos observados: breve reseña introductoria

Los cinco proyectos de transformación organizacional y modernización de gestión en que el equipo consultor participó y de donde provienen por tanto mayoritariamente las observaciones, evaluaciones y proposiciones son:

- El proyecto "Desarrollo Institucional del Nivel Superior y Niveles Ejecutores de Salud Pública", realizado bajo la conducción del Ministro de Salud, con recursos del Banco Mundial y apoyo del equipo GESS, en el año 1991, con una extensión de seis meses. Este proyecto tenía por objetivo central diseñar un conjunto de cambios en la estructura organizacional del Ministerio, en los sistemas de Control de Gestión, en la Gestión de los Recursos Humanos y en el ámbito de las Tecnologías de Información. Si bien el trabajo consistió en lo fundamental en una labor de rediseño organizacional, también incluyó algunas actividades de capacitación, motivación y "*Team Building*".
- El proyecto "Desarrollo Organizacional y de Habilidades Directivas para el Ministerio de Salud y las Direcciones de Servicios de Salud", realizado a solicitud y con la participación del Ministro de Salud (el segundo Ministro de Salud del primer gobierno de la Concertación de Partidos por la Democracia,

que en cuatro años de gobierno sólo tuvo cambio de ministro, por presión gremial, en esta cartera). Este segundo proyecto del Ministerio, también de seis meses de duración (julio a diciembre de 1993), a diferencia del primero, estaba orientado casi exclusivamente a la capacitación de directivos, al cambio en el clima organizacional, al mejoramiento de las comunicaciones, internas y externas, y a la constitución de equipos de trabajo.

- El proyecto "Programa de Cambio Cultural Organizacional para el Hospital de Urgencia Asistencia Pública de Santiago". Con una duración total de dos años (abril 1994 a abril 1996), este proyecto incluyó componentes de Diseño Estratégico, "*Team Building*" y capacitación y motivación para cerca del 50% de los 1200 funcionarios del establecimiento, además de un apoyo en el rediseño de algunas estructuras y procedimientos de gestión (7).

- El proyecto "Desarrollo Organizacional para el Servicio de Salud Ñuble". De poco más de dos años de duración (abril 1995 a junio 1997), este proyecto consistió en lo medular en un programa de capacitación en "Liderazgo y Gestión del Cambio" para un grupo de 60 directivos de este servicio -que cuenta con cerca de 2.500 funcionarios- y un programa de capacitación en "Gestión y Trabajo en Equipo" para 60 "mandos medios" del mismo servicio. Los alumnos del curso de Liderazgo debieron llevar adelante proyectos de modernización concretos en las unidades en que se desempeñan.

- El proyecto "Modernización del Hospital de Quirihue". Este proyecto fue diseñado y llevado a cabo por el Director y el Subdirector de dicho Hospital en el período y como parte del programa de capacitación en Liderazgo del SSÑuble, al cual dicho hospital pertenece (8).

También se hacen referencias en el texto a otros dos casos de modernización de hospitales públicos, que lograron trascender a la opinión pública nacional en este período: el caso del Hospital de Quillota, hospital Tipo 2 de provincia, y el caso del Hospital Calvo Mackenna, el más importante y conocido hospital de niños de Santiago.

4. Análisis de las experiencias: lecciones y proposiciones

La observación, en distintos ámbitos, con distintas profundidades y por diferentes extensiones de tiempo, de los casos antes mencionados, con el particular prisma de management previamente propuesto, permite sugerir las siguientes como proposiciones básicas para acercarse hacia una comprensión de los sistemas de salud (al menos en Chile y presumiblemente en otros países) y para diseñar, a partir de allí, proyectos de modernización (mejoramiento, transformación, etc.) de los mismos.

PROPOSICION 1: "Los sistemas de salud son particularmente débiles en el ámbito del diseño estratégico. Y el mejoramiento en éste ámbito tiene un gran impacto sobre el proceso global de modernización"

La debilidad señalada se refiere, en concreto, a la inexistencia de lo que la gente de management denota con los términos "Visión", "Misión", "Valores Organizacionales" y "Líneas Estratégicas de Acción". No como meros actos declarativos sino como un marco que efectivamente orienta y regula el accionar de la organización.

Ésta, que es una debilidad frecuente en muchas organizaciones, alcanza niveles sobresalientes en los sistemas públicos de salud chilenos y ha sido factor importante de éxito en aquellos que han abordado debidamente el tema.

En el caso del Ministerio de Salud, ello fue detectado ya al inicio del primer proyecto de modernización, en 1991; fue objeto de particular atención y presión de parte del equipo consultor -para que esta debilidad fuera resuelta como primer paso del proceso modernizador- pero aún hasta hoy dicha debilidad sigue enteramente vigente.

Una breve presentación de las razones por las cuales esta carencia es tan grave parece necesaria. No contar con una "Visión" clara y aceptada del entorno y de la organización, en el presente y en un

horizonte temporal extendido, hace imposible declarar y validar una "Misión" para la organización, cualesquiera que ella sea. No contar con una "Misión" compartida imposibilita hacer juicios de coherencia, consistencia y "rentabilidad" de los proyectos de desarrollo de la organización así como de las actividades operativas de la misma.

Dirimir lo "bueno" y lo "malo", lo "correcto" o "incorrecto", dirimir las diferencias y los conflictos de intereses, es literalmente imposible en esas circunstancias. Difícil es, además, generar "Pasión" por la "Misión" -el sueño y desafío de los líderes de la organización- si ésta ni siquiera existe o no se inserta en una "Visión" creíble y alentadora.

La metáfora de la gestión como navegación ayuda a entender la relevancia y los costos de esta carencia. Sin un "Norte" claro, declarado, reiterado y aceptado, no es posible obtener coherencia en las acciones de una tripulación. Generar un estado de ánimo de "apropiación" del "Norte" (la "Misión") requiere, además, no sólo de un esquema claro de autoridad, sino también un "Cuento" (una "Visión") que le de sentido al Norte, desde el punto de vista de la "tripulación".

En el caso del Ministerio de Salud, en la primera fase, 1991-1993, coexistieron a lo menos tres "Misiones" diferentes: la oficial, enunciada bajo el principio de la descentralización; una segunda, nunca explicitada pero claramente reflejada en la acción de directivos del nivel central, orientada a la recuperación del esquema centralizado que existía antes del Gobierno Militar; y una tercera, muy minoritaria pero reforzada por la frustración creciente del proyecto de modernización de la salud pública, encaminada a la disminución del ámbito público de salud y al consecuente incremento del rol del sector privado en esta área.

No obstante que esta situación fue estudiada y diagnosticada como obstáculo serio a cualquier proyecto de modernización -a nivel no sólo del Ministro de Salud sino también de las más altas esferas del Gabinete Político- ella no fue superada y la coexistencia soterránea de estas tres "Misiones" se prolonga hasta hoy, siendo sin duda ello uno de los obstáculos más serios que han enfrentado los sucesivos Ministros del ramo para llevar adelante su gestión.

Si bien este tipo de situaciones tiene innegables e importantes ingredientes de carácter político, especialmente complejos cuando se trata de gobiernos de Concertación, más aun si son de transición, debe entenderse que si ellas no son debidamente resueltas los proyectos de modernización abortarán, con las pérdidas económicas, frustraciones y consecuencias políticas que ello conlleva.

Necesario es entender que la ausencia de "Misión" clara, aceptada y compartida, que para cualquier organización significa cometer errores, generar conflictos y pagar costos, es especialmente grave en organizaciones donde lo que está en juego es la salud y la vida de seres humanos. Los mecanismos de ajuste por prueba y error, camino posible y válido en otro tipo de organizaciones, son extraordinariamente riesgosos y, por tanto, éticamente inaceptables, en los sistemas de salud.

El caso de la Asistencia Pública muestra, por otra parte, la enorme expansión del espacio de posibilidades de modernización que es posible lograr, cuando la fase de diseño estratégico es debidamente abordada. En efecto, en esta experiencia, fue en los tres meses iniciales dedicados a un proceso iterativo y participativo de diseño de la "Misión" y el "Decálogo de Valores Institucionales", con los 60 miembros del Consejo Técnico Ampliado -que incluye al cuadro directivo y ejecutivo y a los principales dirigentes gremiales del establecimiento- donde se inició el proceso de cambio de la disposición de ánimo de este equipo humano respecto a su futuro, que a su vez permitió avanzar hacia la definición de "Fuerzas de Tarea" para la modernización y el diseño de los programas de capacitación y movilización del conjunto de funcionarios del establecimiento.

Provee evidencia en la misma dirección el caso del Hospital de Quillota. Sostiene el líder de ese proceso, su ex-director:

"Para el equipo directivo, al iniciar su gestión (coincidente con la llegada del gobierno democrático) fue tarea principal definir una "misión institucional" que fijara el cuadro general en el cual iba a desarrollarse su tarea. Así definimos su misión institucional como: *Contribuir a hacer*

efectivo el "Derecho a la Salud" velando por una gestión eficiente de recursos, entregando la salud en un contexto humano para usuarios y trabajadores

Es decir, pretendíamos un hospital *eficaz*, que entregara la mejor medicina posible, de acuerdo a nuestro nivel de desarrollo; un hospital *eficiente*, realizando el mayor número de prestaciones al menor costo posible, y en tercer lugar un hospital amable, en el que las condiciones laborales del personal y el clima organizacional fueran óptimos y que las acciones de salud que entregábamos a la población a nuestro cargo se realizaran dentro de un contexto de equidad, solidaridad y trato digno"(9).

Parece claro que contar con una "Misión Institucional" como la anterior, con una "Visión" y "Valores" como los contenidos en estas palabras de su principal líder, es extraordinariamente importante para llevar adelante un proyecto de modernización, motivando y comprometiendo al conjunto del personal con él.

Algo similar se observa en el caso del Servicio de Salud de Ñuble, que ya antes de contactar al equipo consultor había abordado en forma bastante completa la fase del diseño estratégico. Su capacidad de tener una "Visión" fue, probablemente, muy importante en las negociaciones que les permitieron conseguir uno de los primeros hospitales públicos nuevos que se han construido en el país en este período. Probablemente, estas mismas capacidades endógenas en el ámbito estratégico, encarnadas en sus principales directivos, han sido determinantes en llevar a este servicio a ubicarse como uno de los de mejor desempeño del país.

La debilidad de los procesos de diseño estratégico observados, así como el potencial y la viabilidad de modernización asociados a fortalecer dichos procesos tiene un correlato claro con los cambios de paradigmas requeridos. En la concepción "metafísica-racionalística tradicional" la actividad de diseño estratégico consiste mucho en "discutir" sobre cuál es el camino correcto a seguir, en el cual la tarea es más bien descubrir que inventar, en un contexto de realidades más o menos inmutables, con personas más o menos inmodificables. En las nuevas concepciones, constructivistas y holísticas, esta actividad es entendida y diseñada como un proceso permanente de diseño, evaluación y rediseño del futuro, de la organización, de los procesos productivos y, de una u otra manera, también de las personas que conforman la organización. Didáctica es, a este respecto, la forma en que Nonaka y Takeuchi sintetizan la comprensión japonesa de la innovación: "La esencia de la innovación es recrear el mundo de acuerdo a un particular ideal o visión. Crear nuevo conocimiento significa literalmente recrear la empresa y a cada uno de los que la conforman en un ininterrumpido proceso de auto-renovación organizacional y personal" (10)

PROPOSICION 2: "La transformación cultural es condición sine-qua-non del éxito de cualquier proyecto de modernización de un sistema de salud. Y dicho cambio cultural es mucho más fácil de lograr, en tiempos cortos, que lo que la mayoría de los expertos cree". (Parte 1)

Si bien la mayoría de los proyectos de desarrollo organizacional, ya sea en el ámbito público o privado, requieren de un cierto componente de cambio cultural -cambios en los "discursos" así como en las "prácticas" predominantes en la tradición institucional- en los sistemas de salud el cambio cultural es el "meollo" de cualquier proyecto de modernización.

¿Por qué ello es así?. Ello es así, en primer lugar, porque la cultura tradicional de los sistemas de salud es completamente antitética con los principales componentes de un programa modernizador, como lo entienden normalmente los expertos del management. La cultura de los sistemas de salud, en particular lo que podríamos denominar la cultura médica -porque es en ellos donde estos discursos son más fuertes- ve la productividad como inescapablemente contradictoria con la calidad de la atención. Ese fue el gran problema que enfrentó el famoso "Análisis de Productividad" del Ministro Massad, un destacado economista al cual el segundo gobierno de la Concertación entregó en 1994 la tarea de revertir los negativos resultados en materia de productividad de la salud pública del primer período, 1990-1993. Lo que el ministro en cuestión no entendía, al momento de hacer y publicar dicho análisis,

es que en la cultura médica el paradigma tradicional y aún predominante no incluye el tema de la eficiencia, entre otras cosas porque la formación de los médicos, en las escuelas de medicina y en el campo clínico, no considera dicha dimensión del quehacer médico. Como tampoco considera los temas básicos de la gestión.

En una encuesta rápida, realizada durante un Taller del Programa de "Liderazgo y Gestión del Cambio" del Servicio de Salud Ñuble, pocos días después de conocido el estudio de productividad del ministro Massad -conocido como el "Informe de Caldera" -el 75% de los 60 alumnos -todos directivos o jefes del Servicio y sus establecimientos- reportó una emoción negativa frente a la palabra "productividad". Al investigarse las razones de ello lo que emergió fue el juicio generalizado de que productividad implicaba necesariamente disminución de calidad de la atención. Luego de una presentación de parte del conductor del Taller acerca de la posibilidad evidente de superar dicha supuesta contradicción, a través del rediseño de procesos, la incorporación de tecnologías, en fin, todo aquello que es parte del "sentido común" de la gente de management, la respuesta emocional frente a la productividad y la eficiencia cambió rápida y radicalmente.

Esta respuesta y muchas otras similares observadas por el equipo consultor llevan a sostener que los factores culturales antieconomía y antigestión son un obstáculo clave para la modernización y no son de difícil remoción, si el enfoque adoptado es el adecuado. En efecto, este obstáculo surge en lo esencial de la profunda ignorancia, estrictamente "ceguera" en muchos casos, respecto a la omnipresencia de lo económico y del management en todos los ámbitos de la vida humana. El discurso "La vida no tiene precio", que es parte de la cultura médica tradicional, se disuelve con facilidad, por ejemplo, cuando se muestra a los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud que, si ello fuera así, recursos infinitos deberían ser gastados en educación, obras públicas, medio ambiente, etc., para efectivamente evitar que las personas tengan problemas de salud y concurren por ello a la atención médica, con la consecuente disminución de demanda y ocupación de los establecimientos hospitalarios y la medicina clínica en general, y la también consecuente disminución de los recursos financieros asignados al sistema curativo.

Esta aparente paradoja nos lleva a otro ámbito del necesario cambio cultural: la necesidad de pasar efectivamente de una cultura curativa a una cultura de prevención y promoción de la salud. Ello tiene implicancias mayores sobre el diseño estratégico, los sistemas de evaluación, los sistemas de financiamiento y asignación de recursos en general y el perfil de quienes deben liderar los procesos de modernización. No es posible imaginar un proceso que avance hacia la disminución de la enfermedad, cuando el diseño estratégico está orientado hacia cada vez mejores tecnologías y equipos clínicos y hacia la hiper-especialización de los médicos y los establecimientos hospitalarios, cuando el financiamiento está ligado a la complejidad de las prestaciones, cuando la evaluación es preferentemente por la calidad técnica de las prestaciones y cuando los líderes del proceso entienden, viven y sienten la medicina desde la perspectiva clínica.

En algunos países, estas obviedades -en la comprensión de "sentido común" de la economía y el management- se traducen en que los directivos de los hospitales simplemente no son médicos. En otros, los sistemas de financiamiento están orientados a dar señales de "mercado" que disminuyan la enfermedad, como es el caso de los modernos sistemas de "*managed care*", que están empezando a instalarse como nuevos paradigmas en los países desarrollados, entre otras cosas por la espiral tecnológica y de costos que el paradigma curativo está generando.

En Chile una tendencia recurrente ha sido la de desplazar a los médicos y otros profesionales de la salud de la conducción del proceso. Fue un ingeniero -el posteriormente Ministro de Hacienda y candidato presidencial Hernán Buchi- el que echó las bases del sistema descentralizado de servicios de salud, bajo el gobierno militar, a principios de los 80, desde su cargo de Subsecretario de Salud. Y fue el economista Massad el encargado de hacer un intento similar en el segundo gobierno de la concertación.

No pareciera esa aproximación ser la correcta para el caso chileno, si se juzgan los resultados de ambas gestiones y se toma seriamente en cuenta la complejidad de los factores culturales y el contexto chileno. Respecto a los resultados de los intentos que podríamos, sin ánimo peyorativo, llamar "economicistas", que son por lo demás como lo entienden, sí peyorativamente, la mayoría de los actores del sector, cabe consignar: no obstante que la descentralización buscada por Buchi quedó plasmada en el centro del cuerpo conceptual y normativo de la Ley 2.763, de 1981, lo que se traduce en que los 27 Servicios de Salud son, de acuerdo a ella, **autónomos**, con presupuesto propio y planta de personal propia, y el Ministerio de Salud sólo tiene un **rol normativo y de supervisión**, hasta hoy, en la práctica diaria de la salud chilena, el sistema sigue siendo extraordinariamente centralizado; no obstante las capacidades técnicas del ministro Massad y el total apoyo del Presidente de la República y el Gabinete Político a su proyecto modernizador, hoy está de vuelta en el Banco Central y su sucesor ha retomado el camino de alinearse con las posiciones de los gremios de la salud, especialmente el muy poderoso Colegio Médico.

Escapa a las posibilidades de este artículo elaborar en profundidad una propuesta al respecto. Lo observado en los diversos proyectos de transformación intentados, los exitosos y los fracasados, permiten postular, sin embargo, que el camino a seguir debe considerar a los médicos y otros profesionales de la salud como actores claves, probablemente como conductores del proceso, pero que ello no debe ser, y puede perfectamente no ser, sobre la base de una transacción de los postulados de eficiencia y calidad percibida por el usuario. La evidencia es fuerte en el sentido de señalar que si bien los factores culturales señalados son antiguos y fuertes, ellos son relativamente fáciles de remover si el enfoque adecuado es seguido. Y la exclusión de estos actores, o la simple negación de su "sentido común", no es el enfoque adecuado.

En el caso de la Asistencia Pública, en períodos relativamente breves de tiempo se logró introducir prácticas de control de gestión a nivel de servicios de clínicos, lógicas de evaluación de proyectos, sistemas de manejo de reuniones y administración de compromisos y, lo más importante, conductas, actitudes y disposiciones de ánimo alineadas con el paradigma de la eficiencia económica y la evaluación de desempeño. Más complejo resultó y menos resultados se observaron en el avance hacia un paradigma de "Orientación al Cliente".

En el caso del Servicio de Salud Ñuble, un componente importante de su éxito se debe al rol central que allí juega el área administrativa. Y si bien el conflicto entre el área médica y el área administrativa era muy fuerte al inicio del programa de actividades acordado con el equipo consultor, dicha conflictividad disminuyó muy significativamente en el período de la consultoría.

Estos dos casos, y muchos otros, muestran que el abordaje adecuado del cambio cultural requiere la generación de una nueva cultura que de cabida, valide, recoga e integre los diferentes "afluentes culturales" tradicionales del sistema sujeto a transformación.

Cambiar culturas organizacionales no aparece como un asunto central, ni propio de los gerentes y jefes, en la interpretación tradicional de management. A lo más, es un eventual factor coadyudante del éxito de los procesos estructurales, "duros", de la modernización, normalmente entregado a profesionales de las ciencias del comportamiento, a los cuales no se concede ni mucha credibilidad ni tampoco una cuota sustantiva de poder dentro de las organizaciones.

Las enormes dificultades que ha enfrentado la "reingeniería" -que pareció por un corto tiempo una panacea de la modernización en todo tipo de organización- y el *mea-culpa* de sus principales mentores es una evidencia contundente y reciente de las serias limitaciones de esta aproximación.

En las concepciones organizacionales que se derivan de los nuevos paradigmas sobre el ser, hacer y conocer humano, cambiar culturas organizacionales es, por el contrario, central, objeto de diseño y perfectamente viable (11). En los sistemas de salud, a juzgar por lo observado en los casos bajo estudio, ello puede ocurrir incluso en períodos más cortos de lo que es habitual en otros ámbitos, incluyendo la empresa privada. A juicio del autor ello puede deberse, por una parte, a la obsolescencia

evidente de las viejas culturas médicas - que hace débiles las defensas al cambio- y, por otra, a la fuerte vocación de servicio público que aún caracteriza a la gran mayoría de los establecimientos de salud pública en Chile. Frente a una adecuada presentación de las insuficiencias de los viejos esquemas y de las posibilidades de los nuevos, en un marco de aceptación y confianza, la transición cultural puede ser rápida y efectiva.

PROPOSICION 3: "La transformación cultural es condición sine-qua-non del éxito de cualquier proyecto de modernización de un sistema de salud. Y dicho cambio cultural es mucho más fácil de lograr, en tiempos cortos, que lo que la mayoría de los expertos cree". (Parte 2)

El cambio cultural es requisito central de la modernización de los sistemas de salud no sólo porque la cultura tradicional es "antieconomía", "antimanagement", "centralista" y "medicalista. También es necesario porque la cultura de los sistemas de salud es, además, al menos en Chile, autoritaria, paternalista, "paranoica" y "chaquetera". Y todos estos elementos "culturales" dificultan o abiertamente impiden la modernización.

El tratamiento serio, incluyendo la fundamentación de estas apreciaciones y la generación de un marco interpretativo que las integre y relacione, escapa a la posibilidades de este artículo. Por tanto, sólo un breve examen de algunas de ellas es realizado a continuación, básicamente en la perspectiva de mostrar por qué y cómo deben ser incluidas y abordadas en el contexto de un proceso de modernización institucional.

- "Erradicando el paternalismo para generar "Orientación al Cliente" y "Calidad de Servicio, percibida por el Usuario"

Uno de los obstáculos culturales más complejos de remover en los sistemas de salud es la antigua concepción de la medicina como una suerte de "regalo de los Dioses", en la cual el "paciente" -el nombre es revelador- es un actor pasivo que debe agradecer la acción prestada por el médico y, en mucho menor medida, la del resto del equipo de salud. Esta concepción, que es particularmente fuerte en los sectores populares, genera un contexto que dificulta constituir al usuario en un cliente -que exige calidad y reclama cuando ella no es garantizada- y a los equipos médicos en verdaderos "servidores" de salud.

El paradigma de la salud como "servicio técnico", y no como "atención integral a un ser humano", refuerza esta dificultad, por cuanto pone la atención de la prestación de salud en el ámbito en el cual el usuario no tiene capacidad de evaluación -salvo por el resultado final, para el cual no tiene éste tampoco patrón fácil de referencia- y niega el espacio en el cual el usuario sí puede evaluar, cual es el de la oportunidad de la atención, la calidad de la infraestructura en que se lo atiende y el "trato" humano que recibe. Es necesario tener en cuenta que es desde estas dimensiones que las personas responden las encuestas de opinión pública. Por ello, en Chile la salud pública sigue siendo muy mal evaluada, no obstante que, desde el punto de vista de los indicadores biomédicos, el país tiene muy buen desempeño, tanto en términos relativos a su riqueza relativa como también en términos absolutos. Con un gasto per cápita en el rango de US\$ 200 por año, Chile tiene una esperanza de vida cercana a 75 años y una mortalidad infantil cercana a 10 por 1000 (niños nacidos vivos).

Las experiencias de varios Hospitales Públicos chilenos, incluyendo entre ellas las del Hospital de Quillota y el Hospital de Quirihue, muestran, sin embargo, que el paternalismo puede ser desmontado y la orientación al cliente instalada en su reemplazo, a través de una combinación de capacitación y el montaje de sistemas de evaluación de la calidad de atención por parte de los usuarios.

Obviamente, poner en el centro del proceso de modernización el tema de la cultura y las emociones, que en este caso tiene consecuencias severas y positivas incluso sobre el momento clave del proceso productivo mismo -la relación médico paciente- es un facilitador del proceso de transformación organizacional. Nuevamente aquí el abandono del paradigma tradicional abre un enorme espacio de modernización.

- "Erradicando el paternalismo y el autoritarismo para generar una verdadera participación de todo el personal de los sistemas de salud"

Uno de los grandes consensos en el management moderno es que, sólo sobre la base de una efectiva participación de todos los integrantes de una organización se pueden generar las innovaciones requeridas por la competencia permanente y creciente -que vale también para la salud- y el estado de ánimo de "apropiación de la Misión" necesario para llevarlas adelante. Además que, sólo con estados de ánimo de esa naturaleza es posible generar una auténtica y permanente cultura de servicio al cliente. Los trabajos recientes muestran que ello es válido incluso en el ámbito del diseño estratégico (12).

Para lograr un efectivo "empoderamiento" ("*empowerment*") del conjunto de los integrantes de los sistemas de salud es, en realidad, necesario lidiar con un racimo de paradigmas concurrentes: al paternalismo y autoritarismo -que configuran en su conjunto una suerte de "despotismo médico"- debe agregarse las consecuencias del "racionalismo" en este ámbito. Para ahorrarse un tratamiento extendido del tema nada mejor que reponer, una vez más, las conocidas y poco diplomáticas palabras de Matsushita, el gran empresario japonés: *"Nosotros vamos a ganar y Uds. van a perder. Ustedes no pueden hacer nada al respecto porque su falla es una enfermedad interna que Uds. tienen. Sus compañías se basan en los principios de Taylor. Peor, sus cabezas están taylorizadas también. Ustedes creen firmemente que la gestión sólida significa ejecutivos por un lado y trabajadores por el otro; en un lado hombres que piensan y en el otro lado hombres que sólo pueden trabajar"*(13).

La evidencia proveniente de los casos analizados en este artículo permite afirmar que es posible erradicar estos factores culturales, en períodos breves de tiempo (años) y que ello efectivamente tiene un gran impacto en los procesos de modernización. El caso del Hospital Calvo Mackenna es ilustrativo al respecto: allí el proceso de diseño estratégico se realizó con participación directa de cerca del 10% del personal, en base a delegados generados por el personal. En el caso de la Asistencia Pública, el nivel que más rápido y más profundamente reaccionó a los programas de motivación y capacitación fue el nivel más bajo de la organización. Sin duda, ello tiene que haber jugado un rol muy importante en la calidad de la atención -percibida por el usuario- y, por esa vía, en el aumento de la demanda por servicios de urgencia en este establecimiento: de la pérdida de un 4% de demanda anual en los cinco años anteriores, el establecimiento pasó a un aumento del 12% durante el período 95-96, que fue el período en que la intervención organizacional fue realizada.

- "Atacando las endemias culturales: Matando los virus de la desconfianza y el "chaqueteo", que siendo ambos parte de la cultura chilena en general, alcanza niveles de paranoia y "mariconeo" cuando se trata de los sistemas de salud"

Esta proposición, de un tipo normalmente no incluido en este tipo de artículos, puede aquí ser incorporada con el aval de una circunstancia curiosa vivida por el autor: Al presentar en el panel de cierre del Taller de Gestión y Economía de Sistemas de Salud en la EXPOSALUD de 1994, sobre el tema "Los obstáculos culturales a la modernización de los sistemas de salud en Chile", motivado por una incisiva pregunta de uno de los más de 400 asistentes -mayoritariamente directivos de salud de todo el país- y presionado por un imprudente imperativo ético de transparencia, el autor explicitó, con la firme convicción de que ello ocasionaría una generalizada reacción negativa del público, la tesis que encabeza este acápite. Contrario a las expectativas, la respuesta del público fue muy positiva, siendo incluso después de esa presentación que los directivos del Servicio de Salud Ñuble, que estaban allí presentes, cursaran la invitación para realizar la primera actividad del GESS con ellos: la misma presentación en el auditorio del Hospital de Chillán -el hospital base del servicio- que allí llevó oficialmente como nombre "El mariconeo, la paranoia y el masoquismo en los sistemas de salud".

Aún cuando la inclusión de la dimensión masoquista no debiera descartarse de una teoría completa sobre la cultura de los sistemas de salud, no era esa la razón por la cual esta conferencia fue solicitada, por estos directivos primero, y por otros después. La explicación que muchos de ellos mismos dieron a este fenómeno fue que, para la gente que vive y "sufre" la operación cotidiana de los

servicios de salud, este tipo de aproximaciones "hacia sentido", daba cuenta de prácticas y situaciones concretas que ellos viven a diario. Más sentido por cierto que otras interpretaciones de corte puramente "racionalista", "estructuralista", "procedimental", "economicista" u otras.

Lo observado en todos los casos en que el equipo consultor GESS se involucró, es concluyente al respecto: Los principales obstáculos para la modernización provienen de estos factores culturales que, siendo una exacerbación de ciertos rasgos generales de la cultura chilena, bloquean de raíz la posibilidad de generar los consensos y las coordinaciones mínimas necesarias para llevar adelante cualquier proceso de transformación en los sistemas de salud. Las complejidades intrínsecas y los procesos característicos de los sistemas de salud por sí solos plantean severos desafíos de coordinación y comunicación. Lograr buenos estándares comunicativos y de coordinación en un marco de desconfianza extrema y "chaqueteo", hace dicho desafío la cuestión central de la modernización, mucho más que los recursos financieros o los marcos legales.

Debe tenerse en cuenta al respecto que Chile presenta el triste récord de encabezar el ranking de desconfianza a nivel mundial. Frente a la pregunta ¿Diría Ud. que se puede confiar en la mayoría de las personas?, mientras en Suecia y Finlandia la respuesta es positiva en más del 60%, en Chile ello ocurre sólo con el 4% de los encuestados (14).

Por otra parte, la envidia "chaquetera" (15) chilena hace que la satisfacción de una persona o conjunto de personas esté mucho más determinada por su posicionamiento relativo frente a grupos de pares que por su posición absoluta, o el cambio respecto a sí mismo. Las acciones tendientes a dificultar el camino al grupo de referencia pueden, por ello, llegar a ser más importantes que las acciones orientadas a cambiar su propia situación.

La interrupción del exitoso proyecto de la Asistencia Pública, en la mitad de su programa original, cuando la incorporación de las jefaturas médicas al proceso iba en ascenso y se empezaban a observar algunos resultados concretos, tiene en el "chaqueteo" chileno uno de sus factores explicativos principales.

Estos factores culturales deben ser erradicados, como única forma de garantizar un real e irreversible proceso de modernización. Lo que el equipo consultor observó en las experiencias referidas es que ello es posible, si la voluntad política existe, si el liderazgo existe y si las tecnologías adecuadas son utilizadas.

Una digresión metodológica breve, sobre desarrollo organizacional, parece a estas alturas conveniente. La tesis central que ilumina la totalidad del presente artículo, en su "fondo" y en su "forma", esto es, la proposición de que enfrentamos el fin del paradigma "metafísico-cartesiano" y la emergencia de paradigmas no-racionalísticos y no-metafísicos, también orienta el trabajo de desarrollo organizacional del equipo que el autor dirige. En la propuesta de este equipo, originalmente articulada a partir de la "Ontología Lingüística de las Organizaciones" desarrollada por el chileno Fernando Flores, desde Estados Unidos, y luego modificada a partir del Funcionalismo Orgonómico de Wilhem Reich, la tradición, la cultura y las emociones juegan un rol absolutamente central. Es desde una mirada sobre las emociones individuales y colectivas que los proyectos de cambio cultural son diseñados y ejecutados.

Desde este tipo de aproximaciones al cambio organizacional, resulta posible no sólo considerar los factores culturales antes señalados, que tienen todos un sustrato emocional, sino ponerlos en el centro del proceso de modernización. A diferencia de los enfoques estructuralistas, legalistas, economicistas y otros de corte racionalista -en los cuales este tipo de factores o no son considerados del todo o son entregados a algunos profesionales del ámbito de las "disciplinas blandas de las ciencias humanas y sociales" para que contribuyan al "mejoramiento del clima organizacional"- en los enfoques de base filosófica rupturista con el racionalismo es posible articular los procesos de modernización en torno al cambio cultural, supeditando y haciendo coherente con éste las necesarias reestructuraciones y reingenierías que los sistemas de salud también requieren.

Sin cambios drásticos en las prácticas culturales de los sistemas de salud - especialmente relacionados con la desconfianza y el "chaqueteo" -la inversión en infraestructura, en tecnología, en procesos y en cambios legales, no rendirá frutos significativos y no inaugurará la posibilidad de nuevos paradigmas de salud pública.

Las experiencias realizadas tanto en el Ministerio de Salud, como en los Servicios de Salud y en los Hospitales muestran en todos los casos, sin excepción, que es posible disminuir los niveles de desconfianza y el "chaqueteo", si se cuenta con los liderazgos y los tiempos requeridos por estos procesos. Por cierto, en este ámbito, la reversibilidad de los avances es una amenaza clara. Probablemente, en varios de los casos en cuestión, las endemias referidas pueden haber experimentado un rebrote más o menos rápido, una vez terminada la intervención, especialmente en el nivel superior, donde estas patologías alcanzan niveles psiquiátricos.

PROPOSICION 4: "Los "recursos humanos", esto es, el personal de los sistemas públicos de salud constituyen un recurso con alto potencial modernizador...si se los transforma en actores centrales del proceso y se los deja de considerar "recursos humanos"

Una de las constataciones menos esperadas por el equipo consultor, en todos los casos observados, es la disposición de ánimo "basal" de la gran mayoría de los funcionarios de los establecimientos de salud. Por debajo de estados de ánimo de resignación, resentimiento, escepticismo, desesperanza, vive un notable "espíritu y vocación de servicio público", especialmente pero no exclusivamente en los funcionarios más antiguos y de menor rango.

El derroche a que Matsushita hace referencia es en este sector especialmente significativo. Como contrapartida, el potencial disponible es, por tanto, especialmente grande.

Ya se ha hecho mención anteriormente, a lo ocurrido en la Asistencia Pública con el programa de Capacitación y Motivación de los funcionarios, con base en Talleres Residenciales de Comunicación y Trabajo en equipo. Algunas anécdotas de aquellos eventos ilustran el punto.

Una funcionaria, con 35 años de servicio, luego de escuchar un planteamiento como el que aquí se formula, se acercó al conductor del Taller, durante una interrupción del mismo para decir: *"Doctor (¡no cabía probablemente en su comprensión que el conductor del mismo no fuera un médico, dada la cultura en cuestión!), desde hace 35 años llevo un cuaderno donde anoto ideas que a mi se me ocurren sobre como hacer mejor las cosas. Nunca he sabido a quién mostrárselo. ¿Será tal vez a Ud."*

En otra de las interrupciones, un grupo de choferes de ambulancia, señala al mismo conductor (del Taller): *" Profesor, este curso tienen que hacérselo especialmente a los médicos jóvenes. El problema no es que sepan poco. El problema es que esconden su ignorancia y no nos escuchan, en cuestiones que los años de circo ayudan más que la Universidad. A diferencia de los médicos viejos, que nos enseñaban y consultaban, estos médicos nuevos nos hacen frecuentemente recoger "muertitos" (16).*

La conclusión es clara: Si el enfoque modernizador es el adecuado y la participación es genuinamente buscada e inteligentemente encaminada, los sistemas de salud pueden encontrar en lo que en apariencia es el gran obstáculo a la innovación, el gran impulso a la modernización. Disposición de ánimo existe; creatividad latente, como en la mayoría de las organizaciones chilenas, también.

Lo anterior se ve reforzado por la muy buena disposición hacia la capacitación que presentan los funcionarios del sector, fenómeno que por lo demás es característico del sector público chileno. Ello, además, es válido también para los médicos, en cuya cultura el perfeccionamiento es visto como un requerimiento constante. En contra de las teorías de muchos, sustentadas en la caracterización de "arrogantes" que se hace de éstos, las experiencias del equipo consultor fueron muy positivas en lo que se refiere a los programas de capacitación de médicos, incluyendo jefaturas clínicas. Por cierto, ello requiere de hacerse cargo de la "ceguera" al dominio de la gestión, así como también de la desconfianza y escepticismo inicial de los médicos frente a los temas de management. Requiere hacerse

cargo, además, del hecho que, en la tradición médica, los profesores son especialmente competentes en el manejo de la autoridad y el poder.

Si todo ello es debidamente considerado y los tiempos mínimos de perseverancia son garantizados, el rendimiento de los programas de capacitación y motivación con ellos es igual o superior a cualquier otro ejecutado con personas de nivel profesional.

La gran mayoría de los funcionarios del sector ven, además, la capacitación como un incentivo laboral, lo cual también es válido en relación a la incorporación de tecnologías modernas de gestión, especialmente aquellas ligadas a la informática, la computación y las comunicaciones.

En el cuadro descrito, si la construcción de la "Visión" y la "Misión" es efectivamente participativa; si se diseñan y ejecutan los programas de capacitación y motivación adecuados, si se implementan incentivos simultáneamente acordes con la cultura y con el plan estratégico y, todo ello se hace en un contexto de "dignificación" de la función pública y revalorización del "servicio público", es entonces perfectamente posible alcanzar, como varios de los casos estudiados muestran, desempeños organizacionales comparables con los que caracterizan a las mejores empresas privadas, de cualquier sector. En verdad, si ello llegara a ocurrir en forma generalizada en el sector público de salud, sería francamente difícil la competencia para los establecimientos privados de salud. Aunque ello bien podría también ser interpretado como "paranoico", no es del todo descartable que esta sea la preocupación real de algunos partidarios de la profundización de la privatización de la salud en Chile.

PROPOSICION 5: "Las comunicaciones son el punto más bajo de los sistemas públicos de salud y la inversión en comunicaciones es la que presenta la más alta "rentabilidad"

En los sistemas públicos de salud aquello consignado por Kotter como el "pecado" N° 4 de los proyectos de transformación organizacional, cual es "Subcomunicar la Visión en un factor de 10", probablemente queda muy corto de la realidad (17). La subcomunicación es frecuentemente cercana a infinito, lo cual, como es obvio, refuerza los problemas de desconfianza, descoordinación e incomunicación, en el sentido más frecuente de la palabra, esto es, como sinónimo de costosos conflictos organizacionales.

La subcomunicación sí es una enfermedad severa en los sistemas de salud, hacia adentro y hacia afuera de las organizaciones y los costos de ella son enormes.

Piénsese solamente el costo social que tiene, en términos de inseguridad ciudadana, el hecho que la población chilena no sepa que el sistema público de salud chileno es considerado por los expertos como uno de los mejores del mundo subdesarrollado (junto a China y Cuba). Los chilenos no saben que tienen indicadores biomédicos de país desarrollado, con costos muy inferiores a los de éstos; tampoco saben de los éxitos chilenos en salud pública como es el caso del control de enfermedades infecciosas tales como el cólera; no saben que los resultados de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes son también similares a las de los países desarrollados. Y aunque ello no compensa ni menos justifica las insuficiencias de oportunidad y calidad de la atención, así como de la infraestructura, saber, tener conciencia de ello, haría bajar la preocupación e inseguridad de los chilenos en relación a la posibilidad de enfermarse, lo cual, como es sabido por los expertos, es un factor coadyudante de la enfermedad.

La subcomunicación se paga caro también en materia de prevención y promoción. Una experiencia en esta línea - comunicacional- realizada por el equipo del Hospital de Chillán mostró que, con recursos relativamente magros, era posible disminuir sustantivamente - a alrededor de un 50%- el número de niños quemados, que en Chile supera los 100.000 casos al año. Lo notable es que, luego de ser constatado el éxito de esa campaña, ella fue interrumpida en la región y no ha sido objeto de mayor análisis por parte de las autoridades de salud. Es este tipo de situaciones el que alienta a algunos, incluido el autor, a considerar también la tesis sobre el masoquismo en los sistemas de salud.

La subcomunicación y el "chaqueteo" explican también porque los casos de los Hospitales de Quillota y Quirihue, que tienen un gran potencial de replicabilidad en otros establecimientos, sean escuchados con mayor atención desde fuera del sector salud y desde fuera de Chile, que desde otros establecimientos del sistema público.

La subcomunicación endémica explica también porque el espectacular logro del equipo de salud pública del Servicio de Salud Ñuble -que en una región pobre para los estándares chilenos- y eminentemente rural, ha logrado llevar el indicador de mortalidad infantil desde cerca de 106, 34% superior a la media nacional, en los primeros años de los 70, a 12,4 por 1000 nacidos vivos, un 15,6% menor que la media nacional, en los primeros años de los 90, no sea conocida ni estudiada ni aprovechada por otros servicios de salud del país. Este éxito de salud pública no ha sido objeto de ninguna publicación internacional.

La práctica de subcomunicar explica también porque el excelente desempeño del equipo de salud pública de Ñuble en el manejo de un caso de intoxicación por plomo, de acuerdo al juicio de expertos nacionales y extranjeros, ni siquiera sea motivo de noticia -ni tranquilidad, ni orgullo- para los habitantes de la región.

La constatación de esta enorme brecha comunicacional es uno de los factores que llevó al equipo consultor GESS a estimar, en el marco del proyecto "Diseño del Programa de Apoyo a la Gestión (PAG)" del Ministerio de Salud-Banco Mundial, que hasta un 70% de los requerimientos de asesoría y capacitación de los servicios de salud podrían llegar a ser atendidos al interior del propio sistema público, por prestaciones cruzadas entre ellos. Ello si las capacidades disponibles fueran debidamente comunicadas y otros obstáculos culturales debidamente removidos. Durante 1996 una iniciativa interesante en ese sentido fue llevada a cabo por la División creada para hacerse cargo del PAG antes mencionado, a través de una Feria de Experiencias Exitosas de Modernización de la Gestión en Salud.

El fenómeno de la subcomunicación está fuertemente ligado a otra carencia de los sistemas de salud: la debilidad de los liderazgos modernizadores. Ambos factores tienen fuertes raíces, a su vez, en el paradigma racionalístico y metafísico, en el cual no aparece posible la "construcción social de la realidad", ni hace mayor sentido el rol de un líder que facilita la generación de una "Visión" y una "Misión Institucional", y que moviliza al conjunto de la organización, a través de la reiteración majadera de ellas.

Ninguno de los Ministros de Salud de la Concertación ha logrado transformarse en líder del proceso de modernización ni ninguno de ellos ha asumido el tema de la subcomunicación como una cuestión estratégica. Sí ha sido así en las experiencias de modernización del Hospital de Quillota, Quirihue y Calvo Mackenna y, en los tres casos, ello ha sido un factor fundamental de éxito de los procesos. Por los demás, los líderes de los tres casos han alcanzado notoriedad de nivel nacional y pertenecen al grupo de los potenciales líderes de la modernización a nivel nacional. En los casos del Servicio de Salud Ñuble y Asistencia Pública no se observan casos de liderazgo individual descollantes como los anteriores, pero sí equipos directivos con capacidad de liderazgo colectivo, lo cual, de acuerdo a enfoques recientes, hace aún más estables los procesos de modernización.

Un bello caso de liderazgo se observa en el caso del Hospital de San Carlos, un establecimiento Tipo 2 perteneciente al Servicio de Salud Ñuble. Allí, la figura de su director por ya más de 20 años, el Doctor Benicio Arzola, juega un rol central no por su participación en la gestión estratégica u operacional del establecimiento, ni tampoco por su capacidad declarativa, sino por su férrea amarra a la vieja tradición de la relación médico paciente, que lo hace incluso abandonar con frecuencia sus roles directivos para hacer visita domiciliaria. La emocionalidad manifestada por la totalidad del personal del hospital, en la celebración de sus 20 años como director, es una muestra clara del crucial impacto de los liderazgos valóricos en este campo (18).

PROPOSICION FINAL DE SINTESIS: " La modernización de los sistemas de salud, vista desde la perspectiva del management moderno, es perfectamente posible, siempre y cuando el management moderno sea debidamente incorporado"

Muchas otras conclusiones y proposiciones pueden ser derivadas de los casos observados: La necesidad de articular los cambios culturales con los cambios de estructura; el rol central de los Sistemas de Evaluación y Control de Gestión; el requisito fundamental de estimar adecuadamente los tiempos requeridos por los procesos de cambio - normalmente entre un quinquenio y una década para alcanzar un nuevo estado según la evidencia de los expertos (19) el necesario fortalecimiento del trabajo en equipo, especialmente al nivel directivo, son algunas de ellas.

Escapa a la pretensión de este artículo, sin embargo, dar cuenta de todos los factores que deben ser considerados al momento de abordar sistemas tan complejos como los aquí considerados.

Lo que acá se ha pretendido es hacer una contribución a la generación de marcos interpretativos, que hagan posible procesos de modernización de la salud pública de países de características similares a las de Chile. Hemos pretendido proveer de evidencia contundente en favor de la urgencia de un cambio de paradigma acerca de cómo se diseñan y gestionan los sistemas de salud en estos países. También hemos intentado argumentar sobre la viabilidad concreta de modernizar estos sistemas, si el paradigma metafísico-racionalístico de gestión es abandonado y concepciones holísticas y constructivistas son adoptadas. En correspondencia con ello, hemos sugerido algunas líneas de acción específicas para diseñar proyectos de modernización.

Por sobre todo, sin embargo, el artículo ha buscado contribuir a generar conciencia sobre la urgente necesidad de pensar profunda, rigurosa e innovadoramente un conjunto de drámaticas realidades culturales de este tipo de organizaciones que, desafortunadamente, son en su mayoría manifestaciones de patologías del conjunto de la sociedad. Un examen parecido al que aquí hemos realizado, hecho ahora a nivel del conjunto de la sociedad, probablemente nos llevaría a identificar esas patologías culturales como factores explicativos fundamentales del subdesarrollo económico y la precariedad de los sistemas políticos de nuestros países.

Notas

(1) En el documento se utilizará la palabra "management" para referirse al conjunto de ámbitos de acción y observación que ella connota en el idioma inglés y que incluye los abarcados en conjunto por las palabras dirección, gestión y administración en el idioma español, lo que precisamente dificulta traducirla por cualquiera de ellas.

(2) "Modernización" es utilizado en el texto en su acepción pragmática, como sinónimo de "mejoramiento" y haciendo referencia al objetivo simple de incrementar, en forma permanente la eficacia, la eficiencia y la calidad del accionar de las organizaciones de salud.

(3) Para un desarrollo en mayor detalle de esta argumentación se sugiere: Vignolo, C. "Zen en el Arte de Innovar", Revista Estudios Públicos, Santiago, Primavera 1997 (por aparecer). Para un análisis en profundidad del trasfondo ontológico y epistemológico ver: Flores, F. y Winograd, T. "Understanding Computers and Cognition: New Foundations for Design" (Addison-Wesley, 1986). Un desarrollo de estas tesis en el ámbito de la gestión pública se encuentra en: Vignolo, C. "Gestión pública en la "era de la gestión": Modernización para la Post-modernidad", Revista de Ciencia Política, Instituto de Ciencia Política, Universidad Católica de Chile, Vol.XV Nos 1-2 / 1993.

(4) Mintzberg, Henry. "Mintzberg on Management", The Free Press, 1989.

(5) Nonaka, Ikujiro; Takeuchi, Hirotaka. "The knowledge creating company", Oxford University Press, 1995, p57.

(6) Para iniciarse en la lectura de este tipo de proposiciones se sugiere: Maturana, Humberto y Varela Francisco, "El árbol del conocimiento: las bases biológicas del entendimiento humano", Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1984 (3a edición).

- (7) Una presentación detallada de este caso se encuentra en: Montero, Cecilia y Vignolo, Carlos "La Modernización de la Gestión en un Hospital Público: El caso de la Asistencia Pública de Santiago", Revista "Perspectivas en Política, Economía y Gestión", Santiago, Vol 1, N° 1, 1997.
- (8) Este caso fue objeto de un reportaje especial de parte de un destacado equipo de televisión chilena. Ese mismo reportaje fue posteriormente exhibido en la ceremonia en que el Presidente de la República despidió y arengó a los Médicos Generales de Zona, que iniciaban su ciclo de destinación en 1997.
- (9) Acevedo, Francisco. "Estudio de Caso: Hospital "San Martín", en "El Hospital Público: Tendencias y Perspectivas", Organización Panamericana de la Salud, HSS/SILOS-39, 1994, pp. 108-109.
- (10) Nonaka y Takeuchi, op.cit. p 10.
- (11) Se sugiere al respecto Flores, Fernando, "Creando organizaciones para el futuro", Dolmen Ediciones, Santiago de Chile, 1994.
- (12) Ver al respecto: Hamel Gary, "Strategy as Revolution", Harvard Business Review, Vol 74, N° 4, julio-agosto 1996, p.69. En este artículo, que obtuvo el premio MacKinsey al mejor del año 96 de HBR, Hamel postula como uno de los 10 principios de la creación de estrategias que "La creación de estrategia debe ser democrática", no obstante que el está escribiendo para grandes corporaciones privadas.
- (13) Matsushita, Kososuke (1988) "The secret is shared", Manufacturing Engineering, Vol. 100, N°2, febrero.
- (14) Estas cifras provienen de un estudio mundial de valores realizado en 1992 y actualizado en 1996, según reportaje del diario El Mercurio de Santiago, lunes 9 de diciembre de 1996, cuerpo A, p1.
- (15) El "chaqueteo" es una práctica que consiste en dificultar o menoscabar el éxito ajeno, por diversas vías. Una de ellas, metafóricamente hablando, es tirar hacia atrás, desde su chaqueta, a aquel que osa adelantarse. En las culturas chaqueteras es más relevante la posición relativa a otros que la posición absoluta que las personas alcanzan. Ello hace posible, por ejemplo, que incrementos en los niveles promedio de renta de una organización disminuyan la satisfacción media que las rentas producen. Como una forma de aquilatar el nivel de relevancia que el "chaqueteo" puede jugar en la vida de los que la viven, cabe consignar los siguientes dos resultados del proyecto RedChile, Red Mundial de Chilenos Destacados residentes en el extranjero. Cómo explicación del éxito fuera de Chile de muchos chilenos, en las más diversas profesiones, oficios y posiciones, fue frecuente escuchar, de parte de estos mismos, referencias a la expansión resultante de liberarse del "chaqueteo". Factor importante del fracaso del mismo proyecto fue la dificultad para que los exitosos de "adentro" aceptaran el cambio de estándares, inevitablemente asociado a facilitar la aparición en la escena chilena de los exitosos residentes en el extranjero.
- (16) Los choferes en cuestión se refieren a la disyuntiva que se plantea en situaciones de accidentes callejeros, donde la normativa chilena indica que la ambulancia no debe recoger el cuerpo si el accidentado ya ha fallecido. El hacerlo involucra severas complicaciones procedimentales.
- (17) Kotter, John. "Why Transformation Efforts Fail", Harvard Business Review, marzo-abril 1995.
- (18) Una interpretación no-racionalística de la vida y la salud humana bien podría postular, también, alguna relación entre dicho fluir emocional y la crisis cardíaca, afortunadamente sin consecuencias, sufrida por dicho director en los días posteriores a esa celebración.
- (19) En el trabajo de Kotter se propone que los primeros resultados se obtienen después del segundo año y el máximo efecto se alcanza alrededor de cinco años después de iniciado el proceso.