

**Gestión del conocimiento en instituciones de salud**

Eje 2

**Problemáticas y desafíos regionales en contextos de desigualdad y  
dominación**

Autora

**Norma Beatriz Castro Chans**

Institución

**Facultad de Ciencias Exactas y Naturales y Agrimensura – UNNE**

## **Introducción**

La gestión del conocimiento constituye, hoy en día, un desafío cotidiano que ya no está reservado a unos pocos, sino que aparece como una necesidad para la supervivencia de las organizaciones actuales. Los cambios en los campos profesionales comparten el pasaje del hacer al conocer, enmarcados en una revolución científico-técnica cuya principal característica es el lugar que ocupa el conocimiento en un plano particular que implican *funciones cognitivas o semióticas*.

Los hospitales públicos no escapan a estas circunstancias. En ellos, la gestión del conocimiento, debe orientarse no sólo mejorar la calidad y la equidad del servicio prestado, sino garantizar la salud de los ciudadanos. En términos de Peter Senge las organizaciones deben transcurrir hacia lo que se denomina: organización inteligente. *“Una organización inteligente es un ámbito donde la gente descubre continuamente cómo crea su realidad. Y cómo puede modificarla.”* (Senge, 2005, p.22)

Para lograrlo, las organizaciones orientadas al cambio deben desarrollar conjuntamente cinco disciplinas: 1) la construcción de una visión compartida, 2) los modelos mentales que acentúan la apertura al cambio, 3) el aprendizaje en equipo, 4) el dominio personal para aprender cómo nuestros actos afectan el mundo, y 5) el pensamiento sistémico que integra las demás disciplinas fusionándolas en un cuerpo coherente de teoría y práctica.

Esta ponencia analiza tales dimensiones a partir de la experiencia realizada en el marco de un proyecto de extensión de la Universidad en un Hospital Público de la Provincia de Corrientes, en el cual, a través de reuniones, encuestas y talleres, se efectuó un diagnóstico participativo que da cuenta de las dificultades y las posibilidades de los equipos de trabajo y propone algunas líneas de acción para conformarse como organización inteligente.

## **El Hospital Público como caso de estudio**

La institución de referencia es un Hospital Público del interior de la provincia de Corrientes, cuyas características: hospital de cabecera, única institución de salud tanto pública como privada de la zona, que tiene bajo su jurisdicción el casco urbano y parajes rurales y en el cual, hace poco más de cinco años (2005), se creó un Departamento de Atención Primaria de la Salud desde el cual se preveía implementar

los planes y programas ofrecidos por el Ministerio de Salud de la Nación y de la Provincia, y, a su vez, revertir la línea asistencial tradicional en este tipo de instituciones, volviéndola hacia la promoción y prevención de la salud, no sólo en el ámbito urbano, sino en los parajes rurales.

Por otra parte, el Hospital comenzó a participar activamente de un espacio multiactoral para el desarrollo local, en el que logró protagonismo y desde el cual se acordaron alternativas de solución a las dificultades de acceso a los servicios para la población rural.

Este cambio de abordaje de la problemática de la salud pública, implicó un fuerte trabajo de formación del equipo de profesionales a cargo de estas acciones y la incorporación de nuevos actores que colaboren en esta gestión: convenio con la Facultad de Medicina para la rotación de médicos y la incorporación de promotores de salud rural al Equipo de Atención Primaria de la Salud (APS), la conformación de grupos de madres y adolescentes para la capacitación y promoción de la salud, la intervención de la Universidad a través de los proyectos de extensión, entre otros.

Las decisiones tomadas y las acciones desarrolladas en esta nueva perspectiva favorecieron la consolidación del Equipo de APS, pero marcó una distancia con los demás integrantes que continuaron con sus prácticas habituales sin asumir la trascendencia del trabajo que se estaba llevando a cabo. En este marco, la Universidad, a través de un nuevo proyecto de extensión interviene en una propuesta de fortalecimiento de equipos de trabajo a fin de aportar al mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por esa institución.

Como metodología de trabajo, se realizaron una serie de entrevistas no estructuradas con integrantes del equipo de APS y la autoridad de la institución, a fin de acordar el plan de trabajo. Se realizaron instancias diagnósticas y de planificación con modalidad de taller y entrevistas autoadministradas. También, se concretó un taller de informática que facilitara el uso de la herramienta para las tareas en el hospital (uso del entorno Window, procesador texto, planilla de cálculo, presentaciones multimedia y correo electrónico) finalmente, el inicio de la conformación de una biblioteca de la institución que aporta material de consulta para

las diferentes áreas y los diversos emprendimientos comunitarios que se llevan a cabo, y que también, favorece el diálogo, el intercambio entre compañeros de trabajo y la motivación para el aprendizaje continuo.

Se sistematizó la información producida en las distintas reuniones con los representantes del Hospital. Se validó y completó la información con los diferentes actores, y se consensuaron estrategias de acción, identificando aquellas más adecuadas a la cultura institucional y diferenciándolas de aquellas que podrían generar resultados no deseados.

### **El Equipo del Hospital Público en clave Senge**

A continuación, analizamos la información producida conjuntamente con los miembros del Hospital Público siguiendo los principios expuestos por Senge (2005) como propios de las organizaciones inteligentes.

La **visión compartida** se construye a partir de las visiones personales, pero no es la suma de estas, sino de su interacción. En el Hospital, nos encontramos con visiones fragmentadas sobre la organización que en algunos casos tenían puntos de contacto: “lugar de atención de enfermedades”, “servicio de salud”, “lugar de trabajo”. En tanto, en otros aspectos encontramos una distancia e incluso posiciones divergentes: el Hospital como institución pública prestadora de servicios, la función social del hospital: “¿atención de emergentes o promoción de la salud?” o, por ejemplo, los diferentes conceptos de salud que atraviesan las prácticas cotidianas de los miembros de la organización.

Siguiendo a Senge (2005, p. 275) *“La experiencia sugiere que las visiones genuinamente compartidas requieren una conversación permanente donde los individuos no sólo se sientan libres de expresar sus sueños, sino que aprenden a escuchar sueños ajenos. Esta actitud abierta permite el gradual surgimiento de nuevas perspectivas.”* En este sentido, conjuntamente con la falta de instancias de diálogo y de construcción conjunta, operan los **modelos mentales** propios de una cultura con fuertes tradiciones, poco flexibles al cambio.

Para Senge (2005, p. 17), los modelos mentales son *“supuestos hondamente arraigados, generalizaciones e imágenes que influyen sobre nuestro modo de*

*comprender el mundo y actuar.*” El autor expone la necesidad de explicitar y revisar los modelos mentales para permitir el aprendizaje organizacional y promover los cambios, pero esto requiere de una actitud crítica poco común en este tipo de instituciones. Los modelos mentales expuestos en las diferentes instancias generadas en el transcurso de implementación del proyecto, centraban las dificultades en el “afuera” (falta de políticas, falta de recursos de diverso tipo) y en el “otro” (en el compañero de trabajo que trae sus problemas al trabajo, en la falta de decisiones de la Dirección, en los pacientes).

Con ello se reconoce a una institución que a lo largo de su historia no ha hecho lo suficiente para promover el **dominio personal** de sus integrantes. En términos de Senge (2005, p. 181) *“Significa abordar la vida como una tarea creativa, vivirla desde una perspectiva creativa y no meramente reactiva”* quien señala que el dominio personal implica dos movimientos subyacentes: clarificar continuamente lo que es importante para los miembros (visión) y definir una imagen de la realidad actual (dónde estamos en relación con dónde queremos estar). La relación entre ambas, crea una tensión creativa, una fuerza para unir ambos puntos.

Uno de los requisitos para orientar la organización hacia una organización inteligente es poder especificar el puesto y la función que se cumple y su aporte a la construcción de la visión institucional, principio que en la mayoría de los puestos relevados. Reconociéndose una diferencia considerable con los integrantes del Equipo de APS.

Asimismo, se percibe la existencia de dos clases de miembros en la organización: 1) el personal estable y 2) los que participan de la institución en tiempos acotados (por ejemplo: profesionales médicos). Atribuyéndose a los primeros mayor compromiso con los objetivos del Hospital y a los segundos, un interés específica con su tarea. Esto deriva en dificultades en el cumplimiento de las tareas de los demás integrantes. Al respecto, Senge (2005, p. 190) afirma *“Cuando la gente siente interés genuino, se compromete con naturalidad saltando los obstáculos.”*

La comunicación y el trabajo en equipo son factores clave para construir la visión compartida, promover el dominio personal y analizar los modelos mentales instalados.

Las personas con las cuales interactuamos en la institución manifestaron comprender la importancia de ambos elementos e incluso señalaron formar parte de un equipo,

pero pero se evidencia un escaso conocimiento sobre lo que significa el trabajo en equipo.

La mayoría manifiesta escasa consideración de la importancia de la interdependencia, y la colaboración entre las distintas áreas.

Respecto de la comunicación, se reconoce su carencia en la propia área y con otras áreas, exponiendo mayor interés por articular mecanismos para facilitar la comunicación externa (con la comunidad), no así al interior de la propia organización.

Para lograr el **aprendizaje en equipo** es necesario crear los resultados que sus miembros realmente desean porque aunque el aprendizaje en equipo supone aptitudes y conocimientos individuales, es una disciplina colectiva. Esto implica dominar las prácticas del diálogo y la discusión.

Senge señala tres dimensiones críticas del aprendizaje en equipo al interior de las organizaciones: 1º) la necesidad de pensar ingeniosamente sobre problemas complejos, 2º) la necesidad de una acción innovadora y coordinada, y 3º) el papel de los miembros del equipo en otros equipos.

En este sentido, los miembros del Hospital que participaron del proyecto, en general consideraron estar capacitados para cumplir con las tareas que realiza y otros manifestaron la necesidad de participar de instancias de capacitación. Todos afirmaron que hay posibilidades de cambio, sin embargo, en varios casos se refiere a esto como algo externo a sí mismo: *“Los demás tienen que cambiar”*. Asimismo, muy pocos aportaron sugerencias concretas para hacerlo.

Los cuatro principios antes mencionados, “disciplinas” en términos de Peter Senge requieren ser articulados en el marco del **pensamiento sistémico** integrándolos en un cuerpo coherente de teoría y práctica. Su esencia radica en un cambio de enfoque que consiste en: a) ver las interrelaciones en vez de las concatenaciones lineales de causa-efecto, y b) ver procesos de cambio en vez de “cortes temporales”.

### **Breves reflexiones**

El trabajo en equipo moviliza cuantiosos conocimientos explícitos, pero también requiere observar y hacer emerger conocimientos tácitos, proceso mucho más complejo que la mera repetición de ideas. Aunque los equipos solamente se

construyen con la gente que los forma y se aprende a trabajar en equipo construyéndolos, es un cometido propio de la Universidad aportar a la reflexión en la acción y de reflexión sobre esa reflexión, para que los miembros de las organizaciones puedan:

- revisar sus modelos mentales, los valores y las teorías que guían su acción (es decir, entender qué significa la competencia “trabajar en equipo”);
- compartir experiencias intentando reconstruir los contextos de esas experiencias y sacando conclusiones significativas para otros contextos (identificar ejemplos de la realidad, propia o de otros, que permitan “llenar de contenido” la definición de la competencia) ;
- resignificar la experiencia pasada, dando nuevos significados a las situaciones vividas; imaginar nuevos contextos, nuevas situaciones, generar proyectos;
- probar más y diferentes interacciones con otros actores, distintos a los que son posibles de sostener dentro de la presión operativa;
- construir nuevas distinciones, encontrar rasgos comunes en fenómenos que parecían muy diferentes y rasgos diferenciales en fenómenos que parecían idénticos.

Estos constituyen aportes externos para la creación de organizaciones inteligentes en tanto permiten ejercitar el aprendizaje de circuito doble, objetivar y convertir en materia de discusión los procesos de reflexión en la acción, hacer más probable el cuestionamiento de ciertos significados habituales, explorar nuevas posibilidades de interacción que son más costosos en el ambiente real de trabajo y construir percepciones más ricas y menos uniformes de lo que sucede alrededor para poder generar también iniciativas más variadas. Su importancia para el trabajo en equipo radica en que facilita una diversidad de respuestas que vaya más allá de las que ya están incorporadas a la cultura organizativa. La visión compartida estimula y eleva las aspiraciones, alienta la experimentación y el deseo de correr riesgos, modifica la relación de los miembros con la organización.

*“En sanidad, como en otras empresas de servicios, el fin sería distinto y podríamos decir que los objetivos serían mejorar la calidad asistencial, la equidad en la provisión de servicios, y la eficiencia en la gestión y como meta final, aumentar el nivel de salud de los ciudadanos.”* Bravo (2002)

**Referencias bibliográficas:**

Senge, P. (2005) La Quinta Disciplina: el arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje (2da ed.). Buenos Aires, Granica.

Bravo, R. (2002) La gestión del conocimiento en Medicina: a la búsqueda de la información perdida. En: Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Volumen 25, Nº3, Septiembre-Diciembre 2002. Disponible en:

<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/n3/colab.html>