

La organización sanitaria como sistema

Junio 2011
Trabajo final 3º Semipresencial
EVTF

Mikel Pereda Vicandi
Tutor: Roberto Pereira

ÍNDICE

Introducción.....	3
Definición sistémica de organización.....	7
Tipos de organizaciones.....	9
El ambiente organizacional.....	12
Cultura organizacional: mitos, reglas, rituales.....	14
El poder.....	18
El liderazgo.....	23
El conflicto.....	26
La comunicación en la organización.....	30
Aspectos relacionales de la organización.....	35
El cambio.....	40
La asistencia y la organización sanitaria.....	44
El operador de la organización sanitaria.....	48
Reflexiones finales.....	51
Bibliografía.....	55

“Así como un contenedor en el que se volcaran todos los componentes químicos de un ser humano no tendría vida, las organizaciones son más que la suma de las partes”

*Gerald D. Sentell
Asesor financiero*

INTRODUCCIÓN

Con la llegada de la epistemología sistémica, la concepción determinista y mecanicista del mundo occidental sufre otro varapalo. Ya había sufrido uno con el advenimiento de la física cuántica, que supuso un severo cuestionamiento a la, hecha con tiralíneas, física newtoniana.

La causalidad circular en vez de la lineal, los fenómenos emergentes, la definición por las relaciones más que por los elementos, la totalidad, la equifinalidad,... se van abriendo paso. Como toda teoría joven, va curioseando diversos posibles ámbitos donde aplicar sus conceptos y ve en la familia y la pareja buenos lugares donde hacerlo, desarrollando todo un cuerpo teórico del que se derivan herramientas terapéuticas.

Es evidente que los seres humanos tendemos al gregarismo. Así constituimos aldeas, ciudades, estados, gobiernos, instituciones, ejércitos, empresas,.. Intuitivamente, desde antiguo, el ser humano ha percibido que cuando se junta con otros seres humanos tiene unas capacidades, unas posibilidades, que por sí solo no tiene. Y con el tiempo va percibiendo (mucho antes que la Teoría Sistémica como tal surgiera) que esas nuevas capacidades, esas nuevas propiedades, van allá de la mera suma.

Así descubre, por ejemplo, que un ejército bien organizado puede vencer a un ejército más numeroso. Que la relación mutua de los elementos que constituyen un ejército puede marcar la diferencia entre una victoria y una derrota. Que según cómo disponga sus unidades militares éstas tienen unas capacidades operativas o tienen otras. Nace la estrategia, una forma de pensamiento sistémico. En “El arte de la guerra” atribuido al estratega chino Sun Tzu, allá por el siglo V o VI a.JC, se recogen cosas como estas: *“El buen estratega considera primero el poderío total de su ejército, y luego la habilidad de cada soldado”* ó *“Debemos hacer que el enemigo muestre su disposición (de las tropas) al tiempo que ocultamos la nuestra”*. Son reflexiones de esencia sistémica.

Lo anterior ejemplifica que, además de con las parejas o con las familias, otras agrupaciones humanas pueden ser objeto de una aproximación sistémica. Entre estas otras agrupaciones están las empresas, que son las unidades funcionales del mundo capitalista. Así mismo está la organización sanitaria, en la que su status como organización social-económica no es independiente de su carácter privado, concertado o público. Por tanto, el análisis sistémico se puede plantear a las diferentes organizaciones, y, entre ellas, a las organizaciones de asistencia sanitaria.

Aparte de que el poder hacerlo y el que implique una nueva visión ya son motivos suficientes, entiendo que es necesario hacerlo.

Al principio de la Teoría Sistémica se aplicaban los postulados de la Cibernética de Primer Orden. El sistema era algo observable y ajeno al observador, que se posicionaba como un notario del mismo. Implicaba una dicotomía entre sujeto y objeto.

Pero pronto se cuestiona tal separación entrando en la Cibernética de Segundo Orden. La pretendida posición aséptica del observador con respecto al sistema observado se replantea, lo mismo que la irrelevancia de “la caja negra”. Se revaloran la especificidad y la subjetividad individual y el terapeuta entra en el sistema, constituyéndose lo que se ha venido a llamar el sistema terapéutico. Se considera que el observador influye en lo observado y que la realidad no existe con independencia de las prácticas mediante las cuales la “objetivamos”. La realidad es construida y las características psicobiológicas del observador organizan necesariamente la “realidad” que él cree identificar. El observador influye en el campo de observación y a su vez el sistema observado influye en el observador, es una circularidad constructiva.

Y en esta circularidad se incluye que el terapeuta no va al encuentro terapéutico con los bolsillos vacíos, va con su propia historia familiar y personal. De ahí la importancia de que el terapeuta tenga presente la influencia que en su quehacer profesional tiene su propia familia de origen y que por ello se trabaje la familia de origen del profesional en la formación de los terapeutas familiares. Pero en el terapeuta no influye sólo la historia de su familia pasada ni de su familia presente, también influyen otros sistemas, siendo relevante el sistema que dota de contexto a la relación terapeuta-paciente: el sistema de la organización donde ejerce como profesional.

Del mismo modo, el paciente no pertenece solamente a un sistema (el familiar), sino que también pertenece a otros (laboral,...) cuya influencia en la demanda de asistencia es variable.

Cierto es que el sistema familiar es el que se considera más relevante dado que es el que implica relaciones emocionales “vitales” tanto para el terapeuta como para el paciente, pero esto no significa que los otros sistemas sean irrelevantes.

Por tanto, podríamos conceptualizar que el encuentro terapéutico es el punto de conexión entre dos conjuntos de sistemas: los sistemas a los que pertenece el paciente y los sistemas del terapeuta. Aplicando una lógica de Cibernética de Segundo Orden, y en el caso del terapeuta que es el que nos ocupa en este trabajo, el sistema de la organización influye en la co-construcción del sistema terapéutico. Dicho de otro modo, mediatiza lo que el observador (terapeuta) puede observar. Y se puede estimar que debe hacerlo en un grado no despreciable, dado que es la organización la que le sitúa en un lugar de terapeuta. Un caso hipotético de un psicólogo que trabaja como trabajador social, no puede trabajar realmente como psicólogo, a lo sumo podrá hacer de psicólogo (y sólo en algunas ocasiones) siendo organizacionalmente trabajador social. Por tanto, la organización dice mucho de lo que eres dentro de ella. En cierta medida, lo mismo que en las familias hay pacientes identificados, son las organizaciones sanitarias las que determinan a los “terapeutas identificados”, los “portadores de la terapia”. Así es, en otros sistemas esa misma persona no es terapeuta, será otra cosa dependiendo del sistema: será hijo, marido, barítono en el coro,...

Es en base a todo lo anterior que la aproximación sistémica a la asistencia sanitaria (en su parte de Salud Mental presenta alguna peculiaridad) institucionalizada obtiene su justificación.

Para ello, y dado que el fenómeno “organización” es poliédrico y multidimensional, se va a aplicar la “lente sistémica” a diferentes conceptos relacionados tradicionalmente con el estudio de las organizaciones.

Se iniciará el trabajo con una aproximación sistémica general a la organización conceptualizándola como sistema, para pasar después a clasificar los diferentes tipos de organizaciones.

Posteriormente se analizarán los conceptos de ambiente y cultura organizacional, que quizás sean los conceptos de psicología industrial que más parecido tengan, por sí mismos, con conceptos sistémicos.

Se abordarán también el poder y el liderazgo, así como el conflicto, al ser elementos consustanciales a toda organización, y, a su vez, tener una esencia relacional que los hace muy propios para la aproximación sistémica.

Y como una organización se define por “estar organizada” de algún modo y como para ello la comunicación y las relaciones son elementos indispensables, se han incluido capítulos sobre estos aspectos.

El cambio no podía estar ausente. Las organizaciones, al igual que los seres vivos nacen, crecen, algunas se reproducen y... o cambian (evolucionan) o mueren. Las organizaciones que sobreviven son las que cambian con los cambios.

Por último, se realizará una aproximación sistémica más concreta a las organizaciones sanitarias y a sus operadores, para terminar con unas reflexiones finales.

DEFINICIÓN SISTÉMICA DE ORGANIZACIÓN

Como en otras ocasiones, trabajos desarrollados desde otras disciplinas, se han incorporado al ámbito de las organizaciones. Ejemplo de ello es el trabajo de Ludwing von Bertalanffy sobre los sistemas biológicos y su aplicación al análisis de las organizaciones.

El concepto de sistema biológico suponía una nueva forma de plantear el estudio de las organizaciones pues lo fundamental ya no eran los elementos o partes individuales sino el conjunto de relaciones de las que forman parte. Esta conceptualización supone que en el estudio de la organización se pueden diferenciar una serie de niveles o subsistemas (subsistema tecnológico, humano, estructural,...), integrados en un sistema organizacional global, y cuyo estudio debe tener en cuenta las relaciones entre ellos. Viene a ser algo así como los holones fraternal, conyugal,... presentes en las familias y que hay que tener en cuenta a la hora de “entender” el sistema familiar. Esta perspectiva sistémica permite diferentes aproximaciones al estudio de la organización y de la “conducta organizacional”. Así, desde una perspectiva “micro” el estudio de la organización se centra en el nivel individual, mientras que desde una perspectiva “macro” se analiza la estructura de la organización y los diferentes grupos que la integran.

La concepción de sistema abierto es una característica fundamental a la hora de entender a las organizaciones desde este paradigma. Así, se conceptúa que las organizaciones, como los sistemas vivos, se encuentran en continua interacción con su medio (si no existiese ese intercambio serían sistemas cerrados en vez de abiertos), del que dependen para la obtención de los recursos que precisan y al que devuelven sus productos o servicios que producen. Esta concepción como sistema abierto supone abandonar la imagen de la organización como máquina trivial (los mismos inputs generan los mismos outputs siendo todo ello predecible y reproducible), y por tanto el interés por los objetivos, las estructuras y la eficacia, y centrar la atención en su capacidad de adaptación al medio.

La idea de máquina trivial subyace en el ideario burocrático que enunciara Weber, que podría compendiarse en: la cadena jerárquica de mando basada en el cargo, normativización intencional y uniformadora, estandarización de las tareas, relaciones impersonales y coordinación desde uno o más niveles por encima de dónde se lleva a cabo el trabajo a coordinar, sumisión al poder, creación de estructuras administrativas que regulen la conducta...O sea, todo reglado de modo que unos determinados inputs produzcan unos determinados outputs. Así, al alejarse de este ideario, se plantea la alternativa de que no hay un único modo de

organizarse sino que dependerá de las necesidades de la organización, de sus miembros y de las características del medio.

Además, las organizaciones son sistemas sociales lo que les confiere unas características especiales ya que sus elementos no son físicos, sino que son acontecimientos o hechos de carácter social, y por tanto, no reducibles a elementos biológicos. Aparte de como sistemas abiertos, a las organizaciones se las puede considerar sistemas complejos, sobre todo si se las compara con otras formaciones sociales menos diferenciadas, como, por ejemplo, los movimientos sociales, sobre todo en sus inicios. Por ejemplo, el movimiento antiglobalización.

Sin embargo, ver a las organizaciones como sistemas también tiene limitaciones, como puede ser cierto olvido de “lo micro”, el no tener suficientemente en cuenta a sus miembros como sujetos más allá de sus relaciones, el olvidar que segmentar la realidad en sistemas es también una construcción,...

Sea como fuere, la concepción sistémica de la organización ha producido cambios a nivel teórico y en las aplicaciones prácticas. Además ha permitido incorporar múltiples conceptos aceptados en la actualidad (p. ej. feedback, equilibrio dinámico,...). Así, el antiguo paradigma que relacionaba dos variables ha sido sustituido por la concepción de sistema que incorpora procesos y variables mediadoras.

TIPOS DE ORGANIZACIONES

Del mismo modo que en las familias hay estructura, en las organizaciones también. En las familias la estructura es el conjunto de códigos reguladores, tal y como se manifiesta en las pautas operativas, gracias a los cuales los miembros de la familia se relacionan entre sí con el fin de llevar a cabo sus funciones. Constaría de tres dimensiones: límites, alineación y poder. A nivel organizacional incluye tanto la forma en que se dividen y reparten las tareas, como los mecanismos a través de los cuáles se consigue la coordinación entre los diferentes elementos.

Mintzberg, en los años 70 describe varios tipos de estructuras organizacionales básicas, aunque el propio autor reconoce que tal división responde a estructuras ideales y con fines didácticos:

1. Organización simple (empresarial). Se caracteriza por su sencillez y por su tamaño reducido. Hay poca diferenciación horizontal y vertical. Tradicionalmente se ha considerado como la fase inicial en el desarrollo hacia estructuras más complejas. Por ejemplo un pequeño negocio o una empresa en sus comienzos.
2. Organización mecanicista (burocracia). Fruto de la revolución industrial y de la aparición de grandes industrias. Hay una alta diferenciación (horizontal y vertical), formalización y especialización de las tareas. Hay tres tipos de empleados, los que forman la tecnoestructura, el personal de apoyo y el técnico. Los integrantes de la tecnoestructura realizan tareas administrativas y relacionadas con el personal. El personal de apoyo contribuyen al mantenimiento de la organización (p. ej. asesoría jurídica, servicio postal,...). Dado su tamaño precisa de un elevado número de mandos intermedios que controlen al resto. El conocimiento está en la parte directiva, la división del trabajo es rígida. Por ejemplo las fábricas de automóviles de los 70 y 80.

Hay dos organizaciones que se pueden considerar casos particulares de burocracia:

- a. La burocracia profesional. Sus integrantes son profesionales expertos en sus trabajos (médicos, profesores,...) y por ello, no precisan de sistemas de control tan rígidos en cuanto a sus tareas a realizar. El conocimiento está segmentado, así como las capacidades, jerárquicamente a través de la organización. El poder y el estatus inhiben la interacción. El reparto de conocimiento entre los niveles organizacionales es reducido y el aprendizaje se limita a los especialistas reconocidos como

tales, siendo en un aprendizaje en el ámbito de su actuación.

- b. La burocracia divisionalizada. Está segmentada en divisiones con estructuras propias y que a su vez están integradas en una estructura superior. Hay gran autonomía en la dirección de sus actividades. El control se reduce y se basa en la evaluación de resultados
3. La organización innovadora (adhocracia). Su estructura responde a su necesidad de innovar, por lo que se organiza mediante la coordinación de sus miembros (la mayoría expertos) y a través de los equipos de trabajo. La estructura se descentraliza y se reparte a lo largo de toda la estructura en función de los conocimientos técnicos. Un ejemplo son algunas de las empresas del Silicon Valley o algunas empresas de publicidad donde prima la creatividad.
4. La organización misionera. La ideología es de suma importancia pues es su principal mecanismo de control y de coordinación entre sus miembros. Su estructura apenas tiene diferenciación de tareas, ni personal de apoyo ni tecnoestructura, por lo que puede operar con facilidad, pero sólo en entornos sencillos y sin elevadas demandas. Por ejemplo, las organizaciones religiosas.
5. La organización política. Se da cuando en una organización ninguna de las partes domina, no existe un mecanismo o forma de coordinación dominante y no hay una fórmula estable de centralización o descentralización. Su comportamiento se explica por la tendencia de sus partes a unirse o separarse según el momento y en función del objetivo de aumentar su control sobre los recursos existentes. Suele ser una forma estructural final en muchas organizaciones tras años de andadura, pues, al igual que la familia va pasando por diferentes fases (formación de la nueva pareja, nacimiento del primer hijo,...) con sus dificultades propias y crisis de transición también específicas, las empresas van evolucionando y pasando sus crisis.

Pero la clasificación hecha por Mintzberg ha sido ampliada con nuevas posibilidades:

1. Organizaciones virtuales. Resultado de las posibilidades que aporta la informática e internet. Se eliminan componentes temporales (se puede contactar con ellas en cualquier momento) y físicos (se puede trabajar desde cualquier lugar). Se produce cierta pérdida de sus límites externos explícitos.
2. Organizaciones del conocimiento. Lo importante es generar y gestionar el conocimiento, siendo éste su campo de batalla competitivo. Aquí se podrían situar hipotéticamente las

universidades. Como en las empresas virtuales, suelen usar las intranets para distribuir y hacer circular el conocimiento.

3. Organizaciones sin límites. Son un paso más allá en la pérdida de los límites. Se definen como un número de n operadores que mantienen repetidas relaciones de intercambio con otros organismos. Carecen de niveles jerárquicos, de estructura formal,... El ejemplo son las *network organizations*.

¿Dónde situaríamos a las organizaciones sanitarias que más abundan en nuestro entorno? Como pasa tantas veces con otras clasificaciones en otros ámbitos, el caso concreto “transita” por la clasificación. Pero, probablemente, sería en la burocracia profesional donde más encajaría.

Así es, el conocimiento está en los profesionales y éstos gozan de cierta autonomía para determinar aspectos de su trabajo en los que la dirección ha de esforzarse para entrar. De hecho, muchas veces, los profesionales se rebelan cuando la dirección lo intenta (por ejemplo cuando intenta limitar la libertad de prescripción o la indicación de pruebas diagnósticas). Las funciones están muy segmentadas en subsistemas (por ejemplo los estamentos profesionales) con tendencia a la protocolización de sus relaciones interestamentales. Los límites internos están muy marcados, cualquier cosa menos aglutinación en este aspecto. Estos límites conllevan jerarquías también rígidas, corriéndose el riesgo de convertir a las categorías profesionales en “castas”, entendidas éstas como estratificaciones interprofesionales rígidas, “artrodésicas” e innecesarias, que conducen a que las diferentes funciones profesionales sean vividas como “propiedades” que se articulan como privilegios, se enuncian como atribuciones y se defienden como derechos.

Por otra parte, los subsistemas pugnan frecuentemente por retener o ampliar sus áreas de influencia, lo que lleva a que estas organizaciones tengan un componente político importante. Esto hace que gran parte de las interacciones de los operadores estén más destinadas a “sobrevivir” dentro de la organización (protegerse, medrar,...) que a la tarea que estructuralmente tengan encomendada.

EL AMBIENTE ORGANIZACIONAL

El ambiente organizacional es todo aquello que rodea a la organización y, por tanto, de lo que puede recibir influencias y sobre lo que puede actuar. Estas influencias pueden ser en forma de productos, servicios, tangibles o intangibles,...

Otra forma de definirlo sería como el conjunto de todas aquellas personas, grupos, organizaciones,... con las que la organización comparte *inputs* y *outputs*. Implica la idea de una organización como un sistema de entradas-procesos-salidas.

Una aproximación más sistémica podría ser la de considerar el ambiente organizacional como el conjunto de sistemas con los que la organización tiene que relacionarse para poder continuar como tal, pues no hemos de olvidar que la definimos como un sistema abierto.

El ambiente organizacional es por definición cambiante, lo que supone una fuente de “estrés” para la organización en cuanto que tiene que hacer esfuerzos de adaptación. Una empresa determinada tiene un entorno sustancialmente diferente al de una empresa del mismo ramo de principios del siglo XX.

Un ejemplo de estos cambios puede ser la globalización, que implica una ampliación del número de sistemas con los que la organización se relaciona (muchas veces sin ser la propia empresa plenamente consciente de cuáles son ni cómo se relaciona con ellos) y entra en interdependencia. La ampliación es tal que incluso se vuelve difícilmente manejable en términos de causalidad lineal, por lo que las lógicas circulares, que incorporan mejor la incertidumbre, pueden ser más apropiadas.

Como se ha señalado, las relaciones no son lineales y las influencias son multidireccionales. Por ello cambios en un elemento del ambiente organizacional puede producir cambios contraintuitivos en otros elementos o sistemas relacionados.

Esto obliga a lo que se ha venido a denominar como coevolución, que pone el acento en la evolución y transformación conjunta de la organización y de su ambiente.

Frente a las demandas externas la organización puede “reaccionar” de dos modos fundamentales: con homeostasis (no cambio) o con morfogénesis (cambio). La morfogénesis supondría un nuevo nivel de funcionamiento que le permitiría adecuarse al ambiente que le rodea con menos tensión, tanto interna como externa. Estaría más cerca de un cambio tipo 2.

Las organizaciones sanitarias también han notado cambios en su ambiente organizacional al aparecer nuevos sistemas o cambiar el peso de los ya existentes. Farmaindustria, asociaciones de pacientes, organismos públicos, agentes económicos, agentes políticos, la propia sociedad a la que presta sus servicios,... son ejemplos de ello. La influencia que estos sistemas tiene en las organizaciones sanitarias es evidente y testan continuamente los límites externos del sistema organizacional. Una organización sanitaria con estos límites muy rígidos y vuelta hacia sí misma (centrípeta), está condenada a convertirse en un “quiste” dentro del entramado social del cual participa. Le impediría la adecuada coordinación con otros estamentos sin lo cual su funcionalidad estaría seriamente comprometida, pues suele precisar de tal coordinación para que el potencial recorrido de sus intervenciones sea completado. Por otra parte, si sus límites son difusos (centrifugismo), se desdibujaría como entidad diferenciada, sería infiltrada y parte de sus funciones podrían terminar ser asumidas por otros organismos menos capacitados profesionalmente para ello, con el consiguiente riesgo.

Aparte de que aparecen nuevos sistemas con los que relacionarse, las normas de relación han cambiado. No vivimos en una sociedad donde los sujetos acepten el modelo paternalista de antaño. Los individuos se configuran como sujetos morales autónomos y no aceptan pasivamente las indicaciones que, por ejemplo los médicos, les puedan dar. Son ciudadanos. Así, del mismo modo que las familias han de ir adaptándose a los cambios de la sociedad en la que están sumergidas y han de compaginar lo anterior con las necesidades evolutivamente cambiantes de sus integrantes, las organizaciones sanitarias han de afrontar cambios en sus miembros y en la sociedad, intentando ser flexibles y no volverse disfuncionales. Han de explorar nuevas alternativas de funcionamiento y adquirir nuevos niveles de complejidad, evitando caer en la idea de que aquello que fue útil en el pasado ha de seguir valiendo ahora.

CULTURA ORGANIZACIONAL: MITOS, REGLAS, RITUALES

La cultura de una organización es fácil de percibir pero difícil de definir. En efecto, todos sabemos por experiencia que existen determinadas características (valores, normas, creencias,...) que se comparten en una organización y que la diferencian de otras organizaciones. Y esa cultura organizacional es una señal de identidad invisible pero claramente perceptible. Y por ser señal de identidad es difícil de modificar, pues en ella se alberga la definición que la organización hace de sí misma.

Es un paralelismo con la cultura familiar y sus reglas y mitos. Y al igual que sucede en las familias, se perciben más fácil que lo que se pueden verbalizar en un discurso descriptivo. Los mitos son creencias bien sistematizadas y compartidas por todos los miembros de la familia respecto a sus roles mutuos y a la naturaleza de su relación. Y las reglas son acuerdos de relación que prescriben o limitan las conductas de los individuos en una amplia variedad de áreas comportamentales, organizando su interacción en un sistema razonablemente estable.

Implican una serie de asunciones básicas apriorísticas para resolver los problemas de adaptación externa y de integración interna. Y dichas asunciones han tenido el suficiente éxito como para ser consideradas válidas y dignas de protección y promoción. Encierran en sí la historia de la organización y esto implica que tienen capacidad de definir las lealtades y las traiciones. Porque en las organizaciones también se dan lealtades "invisibles" que se transmiten a lo largo del tiempo y que alcanzan a los nuevos miembros. Lealtad a los fundadores, al proyecto de los fundadores, al "espíritu" de la empresa en sus inicios (las más de las veces idealizado),...

Tienen capacidad de definir la coherencia, el sentido, la misión, la visión, los valores,... De hecho, una definición de liderazgo es la de que líder es aquel que define la cultura de la organización.

Todo grupo de personas que se reúne durante un tiempo para realizar una actividad común acaba generando unas normas, valores y conductas compartidas por las que regirse. A través de estas "construcciones" se relacionan los miembros del sistema entre sí y con el ambiente, marcando un estilo de respuesta frente a estímulos tanto internos como externos, pues determinan una forma de ver la "realidad". Por tanto, parte de la cultura organizacional surge de la interacción de los miembros entre sí y con el entorno.

Pero el origen es más compartido. Autores como Schein defienden que la cultura organizacional surge principalmente a partir de tres fuentes:

1. Las creencias y valores de los fundadores.
2. Las experiencias de aprendizaje de los miembros del grupo a medida que la organización va evolucionando.
3. Las nuevas creencias y asunciones aportadas por los nuevos miembros.

Los valores de los fundadores tienen un gran peso. De hecho se establecen lealtades hacia ellos, al igual que en las familias se establecen lealtades transgeneracionales. Decisiones aparentemente sensatas y/o triviales pueden llevar a importantes crisis por implicar (explícita o implícitamente) una traición o aparente abandono de los mismos.

La cultura organizacional ha sido analizada desde diferentes perspectivas. Así se ha estimado que se puede considerar compuesta por:

1. Artefactos. Los aspectos visibles por cualquier observador: conductas, entorno físico, jerga,... Aquí se podrían incluir los rituales relacionales que se observan en las familias.
2. Valores asociados. Los valores compartidos que dan lugar a los artefactos. Serían el equivalente a las reglas.
3. Asunciones básicas. Creencias que nunca se cuestionan e impregnan todas las actividades. Serían los mitos familiares.

Además de esta composición se han propuesto varias dimensiones culturales:

1. Organizaciones orientadas hacia procesos vs. orientadas hacia los resultados. En las primeras lo que importa es el trabajo.
2. Organizaciones orientadas hacia los empleados vs. orientadas hacia el trabajo. En las primeras los trabajadores sienten que la organización se interesa por su bienestar, en las segundas se percibe que sólo importa el trabajo.
3. Organizaciones parroquiales o locales vs. orientadas profesionales. En las primeras, las normas de la organización afectan no sólo al trabajo sino también a la vida personal. En las culturas profesionales, en cambio, los empleados consideran el ámbito personal y el laboral totalmente separados.
4. Organizaciones abiertas vs. cerradas. Las primeras son accesibles a personas ajenas a la organización y los nuevos empleados se sienten integrados rápidamente. Las segundas lo contrario.
5. Organizaciones con control estricto vs. con control relajado. En las primeras hay normas estrictas en cuanto a cumplimiento horario,...
6. Organizaciones pragmáticas vs. normativas. Las primeras son flexibles y adaptables al mercado. En las segundas se priman sus propias reglas a la hora de relacionarse con los clientes.

Dentro de una organización se pueden crear subculturas. Así, parece lógico suponer que el departamento comercial de una empresa tenga una subcultura diferente (más centrada en el cliente) que el departamento administrativo o técnico. El desajuste entre las diferentes subculturas es una de las causas más frecuentes de tensión dentro de una organización.

Estas subculturas y tensiones también se dan en las organizaciones sanitarias. Así por ejemplo, es bastante común, que haya una “brecha” entre los valores que la parte asistencial dice defender y los de la parte gestora. La primera suele acusar a la segunda de traicionar (y hacerles traicionar) los valores asistenciales clásicos y la segunda suele negar tal acusación.

Por otra parte también se generan subculturas entre distintas categorías profesionales o entre distintos hospitales u organizaciones, que se traducen, por supuesto en toda una serie de reglas y normas no escritas, de fundamentos míticos, que impregnan todo el funcionamiento de la estructura en sí. De todos los que están dentro es oído que algunos hospitales son mejores que otros en algunas cosas, que funcionan bien o mal, que un servicio concreto tiene “buen o mal ambiente”, que en un ambulatorio la gente está contenta y en otro no,... Hay muchas variables que pueden intervenir en estas diferencias, por supuesto, pero lo que quiero indicar aquí es que la cultura, los mitos, las reglas,... son unos factores que participan de manera significativa en estas distinciones.

La parte asistencial dice defender la cultura del profesionalismo, donde la implicación en una tarea bien hecha es lo primero, el paciente por delante de todo lo demás, el compromiso, la autoexigencia, el valorar más las “retribuciones” no exclusivamente económicas, etc. Se ven a sí mismos como una isla altruista y deontológica dentro de una estructura que funciona más como una empresa que como un servicio con vocación de servicio público. El día a día con la asistencia al usuario conforma su visión.

La parte gestora se considera adscrita a la cultura de la eficiencia, defensora de la justicia distributiva, preocupada por la mejor gestión de unos recursos escasos y verdadera concedora de las necesidades de la población así de cómo satisfacerlas. Las gráficas y los números son las lentes con las que ven la realidad.

Estas subculturas en realidad serían complementarias a pesar del difícil encaje mutuo. Pero lo cierto es que son eso mismo, subculturas, y por tanto se expresan sólo parcialmente, dado que están dentro de otra cultura mucho más poderosa y cada vez más dominante en las organizaciones sanitarias: la cultura burocrática. Y esta cultura se caracteriza por no estar realmente centrada en el cliente, sino cada uno sólo preocupado por “su

área". Cada operador "sólo" hace su trabajo y se despreocupa, es conservadora y teme los cambios, no se preocupa por la competencia, no se preocupa por los costes, no coopera con otras áreas, etc y etc.

¿Y cómo se transmite la cultura? Desde luego no a través de las declaraciones de intenciones y fines, tampoco a través de grandilocuentes notas de prensa ni de circulares internas. La vía de transmisión principal muchas veces es la vía pragmática, la vía de las conductas. Ejemplos:

- A través de las conductas a las que se presta atención. Si los jefes se fijan en la puntualidad, la formalidad es un valor.
- A través de la forma de reaccionar ante situaciones críticas. Si se reacciona con un "sálvese quien pueda" no se fomenta el espíritu de equipo.
- A través del modelado de roles, las conductas a imitar. Los líderes saben que son un ejemplo para los demás y que a través de sus conductas transmiten sus valores más importantes. Si el líder reacciona con displicencia a las opiniones ajenas, se fomenta el acriticismo y el "dejar el cerebro en casa" cuando vas a trabajar.
- A través de la forma de asignar recompensas y estatus. Si se recompensa con un ascenso al que obedece al jefe olvidando su propio criterio se fomenta el servilismo y la sumisión.
- A través de los criterios de selección y promoción del personal. Si se puntúa desproporcionadamente alto un mérito (por ejemplo un idioma) se transmite que ese mérito no es tal, sino requisito "de facto", transmitiéndose que es más importante adquirir ese "mérito" que otros más propios de la categoría profesional a la que se opta.
- ...

Así, cuando uno observa estas cuestiones, percibe que la cultura de las organizaciones sanitarias dista mucho de ser la que se declara. El "currículum oculto" y las habilidades políticas más que técnicas marcan las diferencias entre sobrevivir y promocionar, entre "adaptarse" y dar síntomas a título personal y "desadaptarse" y dar síntomas a juicio de la organización.

EL PODER

El poder es un ingrediente básico de cualquier relación, entre personas o grupos. Y aún más en una organización, máxime si por organización entendemos una agrupación de personas constituida de determinada manera (de un determinado modo) para un fin. Este propósito (el fin es algo compartido con la definición del liderazgo, que siempre es para conseguir algo) es lo que precisamente la obliga a organizarse (convertirse en organización) y la distingue del concepto más amplio de grupo o agrupación.

La transformación del grupo en organización supone dotarlo de estructura y asignar funciones a sus miembros, reduciendo la variabilidad de la conducta espontánea individual.

Y en esta distribución de tareas aparecen las jerarquías y por tanto el poder. Así es, la jerarquía supone una agrupación de tareas por niveles y las tareas no se relacionan entre ellas simétricamente. La asimetría está muy relacionada con la jerarquía y con la distribución del poder dentro de las organizaciones. Así, la asimetría aparece junto con el poder basado en la organización, porque si ésta establece que A tiene poder formal sobre B, éste no lo tiene sobre A. Las tareas de A pueden definir el modo y el rango de tareas a realizar por B.

Esto no significa que B no pueda influir en A. Pero sí que debido a la jerarquización, la capacidad formal de influencia de A sobre B es mayor que la de B sobre A.

Pero no hay que confundir poder con autoridad, del mismo modo que no hay que confundir jefe con líder. La autoridad es otorgada por los subordinados, es la que tiene el líder. El poder puede no ser otorgado por los subordinados, sino serles impuesto. Es lo que tiene el jefe.

El que tiene autoridad influye en los otros de modo que éstos no sienten que se socave ni su autonomía ni su libertad. Simplemente creen que el que tiene autoridad decide bien, que todos van a salir beneficiados de seguir sus propuestas. Obedecer es su libre decisión, delegan y colocan un nodo de control en un *locus* externo.

El que tiene poder puede modificar la conducta de otros, pero sino es algo otorgado no la modifica por autoridad, será por otras razones.

Tener autoridad es tener poder, pero tener poder no significa tener autoridad.

La autoridad como clínico no garantiza la autoridad como jefe, que muchas veces debe recurrir al poder, a falta de autoridad, para sacar adelante sus planes.

Las distintas definiciones de poder ponen el énfasis en dos dimensiones: la personal y la relacional. El poder como capacidad personal y/o como atributo relacional. Una visión más relacional y, por tanto, más acorde con la idea de este trabajo, es la que plantea que el poder lo tiene el que es capaz de definir la relación.

Tal y como se postula en la Teoría de la Comunicación, toda interacción comunicacional tiene dos niveles: de contenido y de relación. Por tanto, si se asume la anterior definición de poder, la lucha por el poder está en la parte analógica de la comunicación no en las palabras (parte digital), pues es la parte analógica la más relacionada con el nivel de relación. ¿En cuántas reuniones hemos estado en las que todos notábamos que el tema tratado era lo de menos, que se estaba “hablando” de otra cosa? De lo que se hablaba era de relaciones, de las definiciones de las relaciones y de que cada cual pretendía imponer la suya. Una verdadera lucha por el poder.

Se han definido diferentes fuentes de poder, pero siempre hay que tener presente que, en gran parte, el poder es atribuido más que real. Estas fuentes son:

1. El poder de la recompensa. Tener capacidad de premiar es tener poder.
2. El poder coercitivo. Se basa en la capacidad de castigar.
3. El poder del experto. Se basa en la capacidad de ser capaz de hacer algo que los demás no pueden hacer y pueden necesitar.
4. El poder del referente. Deriva de la posesión de unos rasgos personales atractivos o valiosos para otras personas.
5. El poder legítimo. Se respalda en las normas de la propia organización. El grado de poder está asociado lugar que ocupa el puesto dentro del entramado organizacional. Esta fuente de poder es de las que más abunda en las organizaciones sanitarias públicas.
6. El poder de la información. Se basa en la capacidad de obtener, administrar y/o distribuir información valiosa para la organización.

Por otra parte, los subordinados tienen esencialmente dos opciones ante el poder: resistirse o aceptar.

Entre las posibilidades de resistencia están:

- El negativismo. Es una resistencia velada, sin actos claros de hostilidad. Muchas veces adopta un modelo pasivo-agresivo. Puede ser demoledora. Muy típica del funcionario hastiado.
- Disconformidad. Abarca desde la mera no cooperación hasta el sabotaje mediante la aplicación incorrecta de las instrucciones.
- Obstruccionismo. Consiste en el firme rechazo de las órdenes. Deriva con más frecuencia y rapidez en conflictos explícitos.

- Una forma más refinada de resistencia consiste en obedecer más de lo mandado. Es la “táctica del vencido” o el “juego del ejército”. Si a un soldado recalcitrante se le ordena fregar el suelo y lo hace obedientemente durante ocho horas, al cumplir la orden puede estar suponiendo un trastorno mayor que no cumpliéndola. Además a los superiores les costará castigarlo, pues implicaría hacerlo por cumplir diligentemente una orden. Esta filosofía subyace en las huelgas de celo, donde se trabaja “a reglamento”. Se siguen tan al pie de la letra las normas que el correcto funcionamiento se impide por esclerosis normativa.

Entre las posibilidades de aceptación:

- La conformidad pública. Es el cambio superficial fruto de la coerción. No implica un cambio real, por lo que subsiste sólo mientras haya vigilancia. Abunda en los trabajadores públicos “revenidos”.
- La aceptación privada. Se basa en la legitimidad de las normas implementadas y, por tanto, se convierten en estándares de conducta individual.
- La internalización. Supone la aceptación subjetiva y la conversión. Es un verdadero cambio interno.

Otra forma de clasificar el poder es dividirlo en poder formal y poder informal. El primero se relaciona con la posición jerárquica dentro del sistema organizacional. El segundo deriva de las fuentes de la propia persona y no está relacionado con el lugar que ocupa en la organización.

El poder formal es asimétrico, cuanto más poder formal tiene A sobre B, menos poder formal tiene B sobre A. El poder informal, en cambio, es más recíproco, de manera que cuanto más influencia tenga A sobre B, más tendrá B sobre A.

El poder informal se basa en el intercambio de relaciones interpersonales positivas, como el apoyo social o conocimientos. El poder formal se basa en el intercambio de recursos y “material” organizacional.

Como se basa en las relaciones positivas, se ha encontrado una relación negativa entre el poder informal y la conflictividad. No se ha encontrado relación con el poder formal.

No hay que pensar que el poder es exclusivo de los cuadros dirigentes. El poder se distribuye por toda la organización, pues todos sus miembros cuentan con alguna capacidad de influencia.

De hecho, los miembros del sistema en rol de subordinados no sólo tienen como respuestas la aceptación, resistencia,... descritas antes. También pueden responder con intentos de influencia (poder ascendente) más o menos evidentes. Estos intentos de influencia pueden apoyarse en cuestiones estructurales (el poder de un subordinado en una posición

estratégica es grande), lo que sería un poder más formal, o en la reciprocidad relacional, que sería el poder informal.

Pero las fuentes de poder descritas antes se pueden analizar desde otra perspectiva. Desde la perspectiva de cuáles son sus bases. Una base significativa consiste en la capacidad de eliminar o reducir la incertidumbre. Quien tenga esa capacidad tiene poder.

Otra es la dependencia. Aquel del que se dependa tiene poder. Si la dependencia disminuye también lo hace el poder.

Y otra es la génesis de alternativas. Si se tiene la capacidad de aumentar las alternativas de una situación, se tiene poder. Y viceversa.

Pero tanto la creación de alternativas, como la dependencia, como la capacidad de reducir la incertidumbre precisan de al menos dos sujetos para generar poder. Y no sólo de dos sujetos sin más, deben ser dos sujetos que se relacionen de algún modo entre ellos. Sin relación no hay poder. Lo que, reiterando lo de antes, subraya que la parte analógica de la comunicación humana tiene que ver con la relación y, por tanto, con el poder.

La noción de poder social como capacidad para lograr que otras personas hagan algo se inscribe en un concepto más amplio, el de política, que designa el proceso en el que se ponen en acción los mecanismos del poder. Se puede definir política como las actividades dirigidas a adquirir, desarrollar y utilizar el poder para lograr el resultado deseado cuando hay incertidumbre o desacuerdo entre las opciones existentes.

Dentro de una organización se ha considerado el comportamiento político como el empleo de "artes" no aprobadas por la organización (aunque no necesariamente prohibidas) para lograr fines personales más que organizativos.

Esto implica la creación de coaliciones y alianzas, que en su forma más básica son en forma de triangulaciones de tres sujetos aunque pueden adquirir forma de triangulaciones con más de tres sujetos o incluso otras formas.

En las organizaciones sanitarias, al igual que en muchas otras, hay que olvidarse de patrones regulares y ordenados de funcionamiento, siendo más útil el verlas como sistemas complejos donde los juegos de poder están muy presentes. La escasez de información y su distribución irregular, la existencia de intereses divergentes entre las personas o servicios, el ingrediente emocional, la aparición de imprevistos, la búsqueda de posiciones de ventaja o de mayor poder, reducen el margen para que las organizaciones operen de un modo lógico-racional y dan lugar a la aparición de conflictos. En tales circunstancias son las tácticas de índole político, más

destinadas a la propia organización que a los “clientes” de la misma, las que adquieren preeminencia.

Estas tácticas suelen estar más presentes en la parte gerencial, que son entornos marcados por la incertidumbre, una incertidumbre muy distinta de la incertidumbre clínica. Es decir, los comportamientos políticos se dan más frecuentemente en aquellos terrenos en los que el comportamiento es encuentra menos sujeto a normas claras definidas (protocolos).

Por otra parte, este comportamiento político tan protagonista supone la aceptación del conflicto como elemento consustancial, tema este que se desarrollará en el siguiente título.

Incluso en las organizaciones muy normativizadas, por muchas reglas que haya, nunca pueden prever todo lo que pasa en dicha organización. De esta manera se generan las llamadas “zonas de incertidumbre”, que constituyen la parte de la organización que no está controlada. Son zonas de actividad que no han sido delimitadas o formalizadas. Quien las gestiona obtiene poder. El poder se atribuye/distribuye conforme a las zonas de incertidumbre.

En organizaciones tipo “gran hermano”, donde pretenden tener todo “controlado”, se persiguen estas zonas de incertidumbre como amenazas, creando instrumentos para acotarlas. Pero la cuestión es que muchas veces al intentar delimitarlas estamos creando otras. Y por otra parte hay que tener presente que intentar acabar con esas zonas puede llevar a la disfuncionalidad por fibrosis. Son espacios de gestión personal donde los operadores de la organización son los dueños y señores y donde su actitud e implicación real con los fines del sistema se muestran. Por tanto, son espacios muy informativos.

En las organizaciones públicas (sanitarias incluidas) estos espacios se defienden, aunque muchas veces no de manera explícita. La implementación de medidas de control y/o medida son recibidas con la oposición del que participa obligado. Las medidas, si se puede, se dejan morir o se intenta trasladar el peso de su aplicación a los estamentos interesados que, si se cansan, pueden terminar por claudicar.

EL LIDERAZGO

Con el concepto de liderazgo se hace referencia a aquellos procesos mediante los cuales ciertas personas ejercen influencia sobre los miembros de la organización.

El liderazgo se puede entender de muy diversos modos: como el lugar donde se dan la mano procesos grupales y procesos individuales, como el equilibrio entre cambio y estabilidad, etc. A su vez ha habido diversas teorías sobre este tema a lo largo de los años:

- Teorías del rasgo. Predominantes entre los años 1930 y 1950. Parten de la base de que los líderes tienen unas características que los hacen distintos a los seguidores.
- Teorías del estilo. Consideran que el liderazgo está en las conductas del líder y no en sus características personales.
- Teorías de la contingencia. La eficacia del liderazgo está determinada por las características de la situación donde dicho liderazgo es ejercido. Esto implica que ciertas conductas de liderazgo serán eficaces en un contexto pero no en otro. Así influirán determinadamente la tarea a cumplimentar, las propiedades de la organización, las características personales de los subordinados,...

Pero, a pesar de la gran cantidad de aproximaciones posibles, sí que parece que puede decirse que el liderazgo consta de, al menos, 4 aspectos importantes:

1. El liderazgo no es un rasgo o característica estática que reside únicamente en el líder, sino que es un proceso, que tiene lugar a lo largo del tiempo, en el que están implicados de manera interactiva el líder, los seguidores y la situación. Dicho de otro modo, el liderazgo necesita de una relación y de un contexto.
2. Lo que diferencia a un líder de un "no líder" es que el primero influye más de lo que es influido. Esto asume que la relación es bidireccional como mínimo y que el subordinado, cuando cambia, influye al líder como miembro del sistema que también es.
3. El liderazgo es un fenómeno grupal, no tiene sentido fuera de dicho contexto. Para que haya un líder debe haber un grupo y el líder pertenecer al mismo. O sea, hace falta un sistema y estar dentro de él.
4. La influencia del líder va dirigida a la obtención de una meta.

Señalar especialmente que una forma de acercarse al liderazgo es a través de su relación con la cultura del sistema. Así están los siguientes constructos:

1. El liderazgo que crea la cultura.
2. El liderazgo que cambia la cultura.
3. El líder como personificación de la cultura.
4. El liderazgo integrador y coordinador de las subculturas del sistema.

En muchos casos el líder se encuentra con una cultura previamente existente que condiciona sus decisiones y que debe gestionar adecuadamente para alcanzar el éxito.

Así estaría el líder transaccional, basado en el intercambio de recompensas y “castigos”, y el líder transformacional, capaz de cambiar los valores y creencias de los subordinados. Sería el liderazgo que cambia y/o crea cultura.

Sea como sea, el líder ha de tener muy presente la cultura, siendo uno de sus principales desafíos.

Lo anterior también sirve para distinguir entre líder y director. El buen director (administrador) consigue que las personas hagan las cosas más eficientemente, mientras que los líderes consiguen que las personas estén de acuerdo con las cosas que hacen. Dicho de otro modo, los líderes crean, cambian, gestionan,... las culturas, los directores conviven con ellas. En las organizaciones sanitarias son más frecuentes los administradores que los líderes.

Del mismo modo es mucho más habitual encontrar jefes (los que mandan) que líderes (a los que se obedece). En los primeros el subordinado modifica su conducta por imposición externa (heterónoma), mientras que con los segundos el subordinado cambia su conducta por motivación propia (autónoma).

Desde el momento en que las organizaciones sanitarias se han burocratizado la posibilidad de que haya líderes ha disminuido notablemente. Así, en algunas de las jefaturas clínicas de los sistemas sanitarios pueden darse casos de autoridad, pero en las gerencias raramente. Pero a su vez, tener autoridad en aspectos clínicos, ser un profesional cualificado y reconocido como tal, no implica tener autoridad organizacional. Son demasiados los casos de excelentes clínicos que son pésimos jefes.

La cultura burocrática es muy difícil de modificar y los nuevos profesionales que entran enseguida lo aprenden. Los hipotéticos “líderes” (en realidad sólo son jefes y/o encargados) carecen de la credibilidad y de la autoridad moral para inducir los cambios de visión previos y precisos para cualquier cambio de verdad (cambios tipo 2). Los propios cambios de “líder”

(en realidad cambios de gestor-administrador) son vividos como más de lo mismo, cambios tipo 1. Se cambia de gestor pero no cambia nada.

Sólo sobreviven algunos liderazgos morales basados en la competencia profesional o en el compromiso personal. Son liderazgos modestos, sin publicidad, en grupos pequeños (servicio, ambulatorio,...), que no van a promocionar en la organización, que representan una esperanza al personificar una cultura profesional perdida y cuya beneficiosa influencia sólo llega a sus compañeros del día a día.

EL CONFLICTO

Los conflictos son inevitables pues siempre habrá intereses contrapuestos. Todo conflicto tiene su origen en un bien que se desea alcanzar (y no se sabe cómo) o conservar (a pesar de las amenazas o de la competencia de otras personas). O en un mal que se quiere evitar.

Dada su ubicuidad y su inevitabilidad quizás la pregunta más importante con un conflicto es cuándo se puede considerar que un conflicto está resuelto.

A diferencia de otras cuestiones ya tratadas como el poder o el liderazgo, el conflicto no precisa de dos personas como mínimo, dado que el conflicto puede ser intraindividual.

Ante un conflicto las posibles respuestas se pueden clasificar en:

- Evitación o retirada.
- Acomodación. Supone suavizar las diferencias y preservar la relación.
- Compromiso. Cada parte queda parcialmente satisfecha.
- Solución del problema. Cada parte queda suficientemente satisfecha.
- Confrontación. Persigue la derrota del oponente. Puede basarse en:
 - El control de procesos. Implica la dominación del oponente mediante el control de los procedimientos (de trabajo, de toma de decisiones,...).
 - Resistencia. Conductas de obstrucción,...
 - Confrontación por el objeto de conflicto. Supone reclamar la atención del oponente sobre la propia frustración, así como sobre los actos de provocación que realice.
 - Confrontación por los resultados. Designa actos que directamente buscan la derrota del oponente.

Como teorías explicativas del conflicto hay dos aproximaciones principales y una integradora:

- Modelo estructural. Sus componentes serían:
 - Predisposiciones conductuales individuales. Hay personas más dadas al conflicto (personalidad,...).
 - Presiones sociales. Suponen indicaciones más o menos sutiles acerca de objetivos a alcanzar, comportamientos esperados, metas irrenunciables,...
 - Estructura de incentivos. Se refiere a los intereses personales de las respectivas partes en conflicto. Por un

lado está la dependencia de cada parte de los recursos en disputa y por otro el grado de compatibilidad simultánea de los objetivos de cada contendiente.

La dependencia también influye en su vertiente relacional entre las partes. A medida que entre los potenciales contendientes aumenta el grado de dependencia disminuye las posibilidades de conflicto, pero hasta un punto. Las diferencias extremadamente grandes, así como las pequeñas, favorecen su aparición.

Otros autores señalan la importancia de la desigualdad percibida entre las partes en la manifestación abierta del conflicto. Si existe clara diferencia de poder, la parte dominante tenderá a competir y la parte subordinada tenderá a evitarlo.

- Modelo procesual. Analiza el conflicto como un proceso.
 - Antecedentes. Es el marco en el que se origina el conflicto.
 - Experiencia de frustración. Señala el grado de bloqueo de unas expectativas.
 - Valoración de la situación. Supone la definición del conflicto en términos de los intereses respectivos, de las alternativas y de las consecuencias esperables de éstas.
 - Interacción. La conducta final dependerá de contingencias internas y externas tales como la asertividad, presiones del grupo, relación de fuerzas,...
 - Consecuencias. La interacción puede devenir intensificar o distender el conflicto, agravarlo o solucionarlo. Por paradójico que parezca, una conducta de evitación puede propiciar su agravamiento y una de confrontación abrir la posibilidad de su solución. Y nunca hay que olvidar que un conflicto puede seguir uno u otro curso independientemente de las tácticas empleadas.
- Modelos integradores. Aúnan los dos anteriores.

Hay que tener presente la ausencia de linealidad en los conflictos. Y es que los intentos de influencia, como las conductas que dan lugar a los conflictos y las conductas que los mantienen (que no tienen porqué ser las mismas ni mucho menos), no suelen ser unidimensionales ni realizarse de manera aislada.

No deja de sorprender que haya profesionales con formación o experiencia en psicología que pretendan dar explicaciones simples a fenómenos complejos, que se intente reducir la explicación de una conducta a la acción de pocas causas, cuando hasta los cuadrículados ingenieros de la industria automovilística recurren a más de 40 variables para analizar un simple pinchazo. Por eso resulta imprescindible prestar atención a una realidad conformada por sistemas y subsistemas y que entre las formas de

relacionarse entre ellos está el conflicto, expresión de una interacción siempre dinámica e inevitable.

En esto de los conflictos hay que tener más que presente un concepto de G Bateson: la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes. Cada interviniente en la interacción corta su comunicación en una serie de segmentos, de modo que este mismo proceder designa el punto de vista que cada interactuante tiene sobre su comportamiento y sobre el del otro.

Dicho de otro modo, la puntuación estructura los hechos y colabora a construir la "realidad". Está en los fundamentos de la narrativa que cada interviniente tiene sobre lo que acontece. Y esta narrativa es la que configura lo que se puede ver y lo que no se puede ver. Hay narrativas que generan puntos ciegos (no se ve que no se ve) e impiden ver matices relevantes. Otras llevan a callejones sin salida, otras sólo producen cambios tipo "más de lo mismo",... Y, por fortuna, hay otras narrativas que amplían la secuencia y permiten colocar en el foco al sistema en sí, enriqueciendo las visiones y dando pie a nuevas posibilidades. Y es que cuanto más sea capaz de ver, más cosas será capaz de hacer.

La gestión del conflicto pasa por un cambio de narrativa.

En los conflictos también se ve otro concepto propio de la teoría de la comunicación. Me refiero al de las escaladas simétricas. Suele conducir a un error muy común en la comunicación que es que ante un desacuerdo a nivel metacomunicacional (relacional, analógico) se intenta resolver a nivel de contenido, donde realmente no había desacuerdo. El "acuerdo" logrado así es, en realidad, un pseudoacuerdo. Surgirá una nueva ocasión en la que el conflicto estalle de nuevo, el mismo conflicto con otro aspecto. Esto se ve en bastantes conflictos cuyo contenido es instrumentalizado por la lucha real: la definición de la relación.

Ahora imaginemos un trabajador sanitario conflictuado dentro de su organización a cuenta de una lucha de estas características. La facilidad con la que un determinado perfil de pacientes pueden "resonarle" y llevarle a conductas ismórficas con ellos está presente. De manera más o menos consciente, el operador puede entrar en conflicto con ese paciente (por ejemplo demandante y "difícil") y entrar en una lucha por la definición de roles y atribuciones. ¿Qué se podía esperar si en el ambiente de su organización ocurre lo mismo? Pues eso mismo; que lo repita en otras relaciones. Cierto es que el profesionalismo debiera ayudarnos a protegernos de esos riesgos, pero también es cierto que esos riesgos están ahí y que pueden terminar materializando el daño que albergan en su interior.

Y tampoco hay que olvidar que las reglas y las normas configuran la expresión del conflicto. No sólo las escritas, sino también las propias de la cultura organizacional y de naturaleza más mítica.

Un conflicto no se convierte siempre en una crisis. Un conflicto se convierte en crisis cuando supera la homeostasis y adquiere capacidades morfogenéticas.

Y es que no hay que olvidar muchos conflictos son homeostáticos. En las organizaciones sanitarias públicas, que cada vez tienen más de públicas y menos de sanitarias, ocurre mucho. El conflicto entre estamentos forma parte de la propia definición que cada cual hace de sí mismo. Conflictos más o menos interiorizados entre especialistas (psiquiatras vs. neurólogos,...), entre estamentos (médicos vs. enfermeras,...) no son más que rituales homeostáticos que mantienen las cosas igual. Cuando se vislumbra alguna tensión morfogenética ambas partes reaccionan, muchas veces se enrocan sin más, para dejar las cosas como estaban y seguir enganchados en un juego mutuamente útil.

El conflicto en sí no es malo, ni bueno, ni neutral. Es conflicto. Definir a una organización como “sana” por no tener conflictos es tan falaz como decir que la familia sana es la que no tiene conflictos. A veces la más insana puede ser la menos conflictuada. Los conflictos tiene el potencial de inducir cambios y una política adormecedora de los mismos puede llevar al anquilosamiento de una organización, a la muerte por quietud.

El quid puede estar en su gestión y en la no estereotipización estéril de los mismos. Esto es precisamente lo que ocurre en muchas organizaciones sanitarias, donde los conflictos son los mismos de hace 1 ó 2 décadas y que se manejan como un baile de pasos predeterminados. Nadie se sale del guión. Y tampoco muchos sanitarios lo hacen, ni con sus pacientes ni con sus compañeros. Más vale el protocolo conocido que la intuición fundamentada que nace de la experiencia.

Resumiendo, no es descabellado pensar que el manejo que se hace de los conflictos en la organización sanitaria pueda ser trasladado a las dificultades con los pacientes. Y si también se traslada su carácter de conflicto ritualizado en sus formas y caminos, estaremos relacionándonos con nuestros pacientes al modo de: “A dónde vas. Manzanas traigo”. Al tiempo que estaremos trasladándoles nuestras podredumbres organizacionales. Dicho de otro modo: estaremos siendo iatrogénicos.

LA COMUNICACIÓN EN LA ORGANIZACIÓN

Uno de los errores más frecuentes que se suele dar en el estudio de la comunicación consiste en el empleo de modelos explicativos “sospechosamente” simplificadores. Un ejemplo de ello se da cuando frente a un par de sujetos comunicantes en un momento dado se considera a ese par como el foco donde investigar el significado de la comunicación entre ambos. Esta linealidad también subyace en las explicaciones de la comunicación organizacional que operan desde la descomposición en diadas, recomponiéndose después el total comunicacional de la organización como una simple adición de las mismas. Se asume que el todo es igual a la suma de sus partes.

Indirectamente se asume la hipótesis cartesiana según la cual “lo más complejo se puede explicar en términos de lo más simple”. Esto puede llevar a errores cuando se aplica a la complejidad organizada. En el estudio de los sistemas de comunicación interpersonal “es lo más complejo lo que explica lo más simple”, siendo éste el método elegido.

Desde el planteamiento sistémico es necesario atenerse a este modelo explicativo basado en la complejidad.

Así se ha desarrollado el concepto de Sistema Extendido de Comunicación (SEC). Este constructo implica considerar que es en “N” personas, más allá de la diada, donde la comunicación adquiere su verdadero sentido. Así, una diada comunicante, como integrante inevitable de un sistema de comunicación más amplio compuesto por N sujetos, al que llamaremos SEC, sólo puede ser comprendida en ese grado de complejidad y no en un grado inferior de complejidad. Un aspecto a destacar es que, para la correcta conceptualización de este paso desde 2 a N, hay que tener presente que el salto no es “sólo” cuantitativo, sino también (y sobre todo) cualitativo.

Un problema implícito en la definición es delimitar el número y composición de esa N. Muchas veces quedará sin solución, pero se puede asumir que dentro de esa N “ideal” existe un subconjunto n que es capaz de dotar “razonablemente” de sentido a la comunicación.

Así, según el clásico esquema de Haley sobre los mensajes:

- Emisor (yo)
- Mensaje (estoy diciendo algo)
- Receptor (a ti)
- Contexto (en esta situación)

se puede modificar como sigue:

- Emisor (yo)
- Mensaje (estoy diciendo algo)
- Receptor aparente (a ti)

- Correceptores (a él/ellos)
- Contexto (en esta situación)

El segundo postulado de la comunicación afirma que toda comunicación presenta simultáneamente un aspecto de contenido y un aspecto de relación. Pero tal y como estaba formulado, este postulado no tiene en cuenta que aparte del receptor aparente están los correceptores y, por tanto, que con esos otros correceptores también se habla de la relación con ellos. Por tanto, un mensaje no sólo plantea algo respecto a la relación con el receptor aparente, también está diciendo algo de la relación con todos los demás miembros del SEC.

Esto, que ya se puede apreciar en las familias donde, por ejemplo, el mensaje a uno de los hijos llega a todos, se hace más patente en una organización. En las organizaciones los mensajes que implícitamente dejan claro lo permitido y lo no permitido, que recalcan una relación up-down, pueden ser muy variados. Es suficiente hacer llegar el mensaje a unos pocos miembros (incluso sólo a uno) para que muchos otros miembros “se den por enterados”. En organizaciones complejas y burocratizadas, como son las sanitarias públicas, esta forma de hacer llegar los mensajes puede ser mucho más eficaz que mediante circulares o emails. Principalmente porque, muchas veces, lo que realmente se quiere transmitir, lo relacional, no debe ser ni quedar escrito.

En estructuras mastodónticas, tipo organizaciones sanitarias públicas (como ejemplo decir que Osakidetza es la “empresa” con más trabajadores del País Vasco), las comunicaciones paradójicas son cualquier cosa menos la excepción. Es más, algunas se repiten constantemente.

Probablemente sean las paradojas pragmáticas, y entre ellas las instrucciones paradójicas (ver Watzlawick), las más frecuentes.

Son demasiado habituales las instrucciones que explícitamente dicen buscar unos objetivos y que son articuladas operativamente de tal modo que son vaciadas del contenido. Para lograr objetivos que todos los operadores de la empresa juzgarían como deseables se articulan unos procedimientos cuya operativa los aleja de los mismos y los aproxima a otros posibles objetivos, que de secundarios terminan apareciendo como preferentes aunque no se reconozca.

Por ejemplo cuando se establece un protocolo de coordinación entre operadores de modo que unos operadores adquieren cierta capacidad de control sobre la actividad de los otros. La coordinación se podría obtener de otro modo pero al no hacerlo, la metódica (la pragmática) de la coordinación muestra la agenda secreta. Y es éste el mensaje leído, no el digital. El resto se vive como mistificaciones.

La consecuencia es que muchas instrucciones se cumplen del mismo modo como se perciben, sólo superficialmente. Así todos ganan: los

números les salen a los gestores y pueden venderlo como éxito, y los subordinados, a su vez, son dejados relativamente tranquilos.

Una forma de comunicación paradójica que también se da es la doble vincular. Entiendo que se dan los ingredientes propios:

1. Tal y como se describe en la Teoría de la Comunicación se da en relaciones importantes, no sólo en las familiares. Y la relación laboral, que implica una dependencia, es una de ellas.
2. Se afirma algo a un nivel y a otro se afirma otra cosa, siendo ambas afirmaciones mutuamente excluyentes. Por ejemplo: a un nivel se afirma que los médicos tienen libertad de prescripción, pero a otro se comunica que si no recetan genéricos sufren consecuencias negativas. Han de recetar genéricos porque son libres para recetar lo que quieran. Algo así como: puedes recetar lo que quieras mientras sea lo que yo quiera. No existe una prohibición como tal, pero está presente la estructura de la instrucción imposible de cumplir propia del doble vínculo.
3. El receptor del mensaje no puede escapar del marco establecido por el mensaje ni dejar de reaccionar. El médico no puede dejar de recetar. Por otra parte la posibilidad de metacomunicar está mermada, en tanto que los generadores de la paradoja la negarán mediante mistificaciones y el operador que intenta explicitarla puede verse castigado (por ejemplo mediante acusaciones más o menos veladas de no colaborar con la sostenibilidad del sistema) o incluso sentirse culpable o extraño por tener percepciones que en el fondo son correctas.

Y es que no deja de ser paradójico que aquellos (las administraciones públicas) que deciden que un fármaco pueda ser comercializado, que autorizan que sea prescrito en determinadas indicaciones, que negocian el precio final y que deciden financiarlo (pues perfectamente pueden autorizarlo y no financiarlo) se quejen de la factura que pagan. Las incongruencias, las paradojas y las ambivalencias tienen capacidad “infectiva” y se transmiten, y cuando lo hacen suelen hacerlo transportando la propia paradoja de la que están hechos, siendo el doble vínculo puesto de ejemplo una muestra de ello.

Para ahondar más en la paradoja, esos mismos fármacos que han sido autorizados tras los avales pertinentes de los estudios de eficacia y seguridad, son calificados, en muchas ocasiones y en boletines de información farmacológica (un canal paralelo de comunicación) que periódicamente hacen llegar a los facultativos, como medicamentos que no aportan nada nuevo y, por tanto, recomiendan su no prescripción. Recomiendan no recetar lo que ellos mismos han autorizado a prescribir y que han facilitado hacerlo mediante la financiación (incluso con financiación de aportación reducida, la máxima para personas en activo). Ante esta

incongruencia, en la que el prescriptor se ve atrapado por ser elemento clave en la contención del gasto farmacéutico, una luz es la lectura pragmática de las comunicaciones. Al igual que en la empresa que relata Mara Selvini Palazzoli en su libro “Al frente de la organización”, en la que se contrataban directivos innovadores (a los que no se les dejaba innovar) para dar una imagen de innovación, pudiera ser que el planteamiento fuera parecido. Esto es, el sistema financia todos los fármacos, incluso los nuevos (nadie tiene que irse al extranjero a conseguir un medicamento), pero no quiere que se receten para no tener que financiarlos. Más pareciera una cuestión de imagen.

El efecto que tienen estas comunicaciones paradójicas es el ya descrito para otros sistemas. Así, se puede empezar a ver constantemente intenciones ocultas y fines oscuros, de modo que la desconfianza y el paranoísmo empiezan a verse como signos de veteranía dentro de la organización.

Otra reacción es funcionar como algunos soldados: obedecer todo aunque sea un contrasentido lo que manden. La empresa sanitaria dice pretender sanitarios autónomos, con iniciativa, implicados y profesionales, pero lo que consigue es lo contrario. Seres pasivos que sólo harán lo que les mandan y nada más y que cada vez se negarán menos a instrucciones estúpidas. Por fortuna, siempre hay un límite ante las paradojas de las organizaciones.

Otra es caer la pasividad y el descreimiento. Lo que antiguamente en los monasterios era el mal de la acedia y que hoy se llama “*burn out*”. Esta situación conduce a su propia retroalimentación, estando a su vez en relación con otra circunstancia que se pudiera tomar como termómetro de las paradojas del sistema: el absentismo.

El absentismo puede ser:

- Presencial. El operador acude a su puesto de trabajo pero no dedica todo disponible su tiempo a las tareas que tenga encomendadas y no se muestra implicado.
- No previsible e injustificado. El operador no acude a su puesto de trabajo sin justificación ni autorización.
- Previsible y justificado. Por ejemplo por una Incapacidad Laboral Transitoria (ILT o “baja”)

Quizás sean el primero y el de las ILTs los más asociados al *burn out*. Además, el recurso a las ILTs admite además otra aproximación sistémica más allá de la de ser una opción socorrida en esas situaciones. Así, mientras que en una familia un hijo sometido constantemente a una comunicación doble vincular puede no tener otra salida que enfermar, el sanitario “enferma” de otro modo: se coge una ILT. Al igual que el hijo psicótico, sale de la trampa enfermando. Pero a diferencia de éste, lo hace

temporalmente (“recargar baterías”) y con menos riesgo de quedar atrapado en la enfermedad. .

Por otra parte se puede decir que, a efectos prácticos, en las comunicaciones se pueden distinguir tres niveles:

1. Comunicación explícita. Lo que se dice. Equivaldría al contenido.
2. Comunicación implícita. Lo que no se dice pero se dice. Se puede equiparar a la parte analógica.
3. Agenda secreta. Ni se dice diciéndolo, ni se dice sin decir. Es lo que el emisor desea o quiere conseguir.

Muchas comunicaciones explícitas aparentemente sin sentido adquieren todo el sentido cuando se cae en la cuenta de que no están respondiendo a la parte explícita de otra comunicación, sino a la implícita o a la agenda secreta atribuida a la otra parte. Muchos paranoides triunfan y medran en las organizaciones (por ejemplo en política) porque atribuyen siempre otras intenciones a las reconocidas o aparentes. Y como muchas veces aciertan... triunfan.

ASPECTOS RELACIONALES DE LA ORGANIZACIÓN

En las familias, se dan distintas transacciones relacionales-comunicacionales repetidas que se han venido a denominar “juegos relacionales”. Por extensión, lo mismo ocurre en las organizaciones, incluidas las sanitarias. .

Mara Selvini elaboró el concepto de “juego relacional” más como una metáfora que como un modelo teórico. Cuando recurre a la metáfora del juego es para sugerir intuitivamente aquello que sugieren las expresiones juego político, juego financiero, juego de poderes, juego de equipo, etc... Con ello se producen asociaciones, semejanzas y lenguajes aptos para encuadrar de modo más inmediatamente inteligible los fenómenos relacionales que interesan.

El término “juego” también genera asociaciones inmediatas con las ideas de grupo, equipo, jugadores, posiciones, mando, soldado, ataque, defensa, estrategias, tácticas, movidas, habilidad, alternación de turnos. Se tiene, de este modo, la posibilidad de disponer de un lenguaje muy ligado a las relaciones interpersonales en cuanto a cambios, así como y “explicaciones” de conductas.

Preguntarse quién juega significa averiguar cómo se desarrolla la "partida" en los niveles supraindividuales, para comprender así si sólo tiene lugar dentro de la familia nuclear o si pasa a través de otros sistemas ampliados, como la familia extensa, la escuela o el lugar de trabajo. En este planteamiento ya se puede observar cómo ya en la propia definición de “juego” por parte de su autora, se apunta que otros sistemas, aparte de los familiares, participan del mismo.

En este planteamiento parece subyacer una unidireccionalidad que no tiene porqué ser tal. Esto es, que del juego familiar pueden formar parte otros sistemas como el laboral, pero no se apunta la posibilidad que del juego laboral participe la familia. Dicho de otro modo: “llevarse el trabajo a casa”. Pero no se refiere a llevarse tareas, sino llevarse el propio juego.

Y si esto es posible a nivel familiar, raro se hace que no se lleve a otros niveles como, por ejemplo, a la relación terapéutica en las organizaciones sanitarias. Dicho de otro modo, el juego relacional de la organización sanitaria es llevado a la relación con los pacientes lo que conlleva riesgos tanto en la capacidad de definir lo que le ocurre al paciente como a la hora de plantear alternativas terapéuticas, pues éstas, en sí mismas, estarán condicionadas por un juego que está presente en su génesis.

Esto llega al clímax en las organizaciones sanitarias que se encargan de la salud mental. Si a la hora de valorar una patología somática, por ejemplo una enfermedad de Crohn, y planificar la intervención pertinente, el juego relacional de la organización con sus reglas ya influye... ¿cómo no va a influir cuando de lo que se trata es de intervenir en el juego patológico de una familia? El juego de la organización no sólo limita la percepción posible del juego familiar, sino que trasvasa reglas. Y en el caso de la patología

mental lo hace más directamente al tratarse del mismo fenómeno (ambos son juegos), aunque igual de subliminalmente.

La organización a la que pertenece el terapeuta también está presente en el sistema terapéutico que se conforma con el paciente. Quizás lo extraño haya sido no tenerlo más presente antes y, así, limitar su impacto negativo o incluso poder aprovechar sus potenciales aspectos positivos.

De todos modos, Joel Elizur y Salvador Minuchin en su libro "La locura y las instituciones" ya lo planteaban. Dependiendo de cómo los sistemas de salud mental percibían, encuadraban y ponían rótulos a los sujetos podían surgir unas limitaciones terapéuticas u otras. Niegan que las instituciones encargadas de la salud mental (sería aplicable no sólo a los psiquiátricos sino también a las redes de CSMs que se configuran como organizaciones) puedan tener un carácter objetivo. Tienen que reconocer su carácter esencialmente cultural. Han de percibir que sus propias reglas les llevan a construir realidades. Así, en organizaciones burocratizadas, de forma inquebrantable han de mantenerse las mismas definiciones. Por lo tanto, también se preservan las mismas respuestas. Los únicos cambios que se pueden generar son más de lo mismo, cambios tipo 1.

El paciente identificado puede ser visto como el perdedor en una situación de juego en la cual, siendo él mismo jugador, está buscando confusamente con el síntoma manifestar su propuesta y tratar de recuperar las posiciones perdidas.

El momento en el cual la familia pide ayuda y entra en tratamiento coincide con una evolución de su juego que ha puesto a uno o más de sus jugadores en una posición intolerable. En las organizaciones asistenciales tres cuartos de lo mismo; los "síntomas" de sus miembros son movimientos del juego.

A nivel familiar, el "juego", se utiliza como una hipótesis operativa, es decir, como un diagnóstico sobre el que basar una intervención. El estudio y la terapia de una familia partirían de la elaboración de una hipótesis sobre el tipo especial del juego en curso. Sobre la base de esa hipótesis se orienta la entrevista para tratar de obtener toda la información posible que permita verificarla o desmentirla.

Una hipótesis de juego relacional pasa por la identificación de la estrategia de cada uno de los actores: finalidades, pensamientos y sentimientos en base a los cuales ellos organizan su accionar recíproco.

El terapeuta debe tener siempre conciencia de que algunos "movimientos" de un miembro de la familia con respecto a él (ataques, seducciones, insubordinaciones, etc.) deben ser vistos, por lo menos preliminarmente, como dirigidos a provocar un efecto sobre uno de los familiares presentes. Así, un miembro de la familia puede mostrarse seductor hacia el terapeuta para dar celos a su cónyuge, o mostrarse insubordinado con él sólo porque los demás se muestran obsequiosos.

Cuando el terapeuta decide interactuar con un miembro de la familia de una forma totalmente opuesta a la que lo hace la organización familiar, el objetivo de tal comportamiento es doble: por un lado, observar las retroacciones de los distintos miembros ante tal comportamiento suyo; por otro, desalojar a ese miembro de una posición que perpetúa el juego disfuncional.

El juego no se toma como el fiel reflejo de lo que está sucediendo en la familia, se trata de una hipótesis, algo a no confundir con la realidad. Su valor, en definitiva depende de que sea capaz de generar más información y/o una intervención que produzca un cambio. Concebir el problema familiar en términos de juego, no es algo dictado por la necesidad de conocer qué sucede, sino por encontrar una forma operativa de diseñar el cambio.

Los servicios de "coaching" (método que consiste en entrenar a una persona o a un grupo de ellas, con el objetivo de conseguir alguna meta o de desarrollar habilidades específicas, como por ejemplo, habilidades directivas) empresarial han de tener presentes estos conceptos pues su posición guarda muchas analogías con la del terapeuta familiar.

Por último, cabe decir que los juegos no se dan únicamente en las familias patológicas. Si el juego es un modo de representar una organización interactiva que evoluciona con el tiempo, "no jugar es imposible". Todo grupo con historia, y por consiguiente también la familia, "no" puede "no" organizar su propia interacción.

Toda organización no puede no jugar. Toda organización tiene una historia en su juego.

Otra forma de aproximarse a los aspectos relacionales de las organizaciones es -a través del concepto de "masa yoica indiferenciada del yo" de Bowen, término que su propio autor define como más práctico que preciso. Se trata de un constructo que intenta referirse a una identidad emocional aglutinada compartida por diferentes miembros de un sistema.

En un ambiente compartido durante varias horas al día no es excepción que termine generándose una identidad emocional compartida de la que es difícil sustraerse y que "tiñe" las horas laborales. En los períodos vacacionales cogemos distancia y tenemos cierta perspectiva, pseudodistanciándonos de esa masa indiferenciada que nos volverá a atrapar en cuanto volvamos al trabajo según el nivel de "diferenciación del sí mismo" en el que estemos.

Por otra parte, Bowen sostiene que son necesarias tres generaciones para producir un esquizofrénico. Son tres generaciones con determinados patrones relacionales las que pueden terminar produciendo un psicótico.

Asumido lo anterior se podría preguntar ¿Cuántas "generaciones" serían necesarias en una organización para producir sintomatología?

La pregunta tiene una interrogante más allá de la formulada. ¿Cómo definir generación en el marco de una organización? En las empresas familiares es más sencillo, pero en las otras empresas no. Se podría recurrir a conceptos cronológicos (cada 30 años como en demografía), cuando hay un recambio en los puestos de mando, cuando hay cambios importantes que marcan un antes y un después,... Pero la pregunta no busca ser contestada en su literalidad sino mostrar la idea de que durante el transcurso del tiempo y por acciones de personas del pasado pueden darse problemas en el presente.

Tenemos ejemplos de organizaciones centenarias, la Iglesia es un ejemplo. Y lamentablemente está de actualidad por la salida a la luz de conductas reprobables de algunos de sus miembros, así como igualmente

reprobables reacciones de la institución en un rígido movimiento homeostático (ocultación, silenciación, “aquí no ha pasado nada”) condenado al fracaso. Es evidente que la Iglesia actual en poco se parece a la Iglesia en sus primeros momentos y los intentos para volver a organizarse como entonces o han fracasado o han terminado cismáticamente. La historia no puede volverse atrás parece, el juego va evolucionando.

Podríamos tomar tanto las conductas reprobables como los intentos de ocultación como sintomáticos. Es poco probable que estas conductas hubieran sido así gestionadas en los principios de la Iglesia. Pero con el devenir de los años y por el propio funcionamiento de su organización quizás fuera la única forma de afrontarlas en un intento de desactivar unas conductas cuyo peligro principal no eran las conductas en sí, sino a lo que podían llevar. Esto es, a cuestionarse y revisarse a sí mismos a un nivel que podría llevar a un cambio organizacional profundo que la propia jerarquía (como todas) teme. Por eso intentó desactivar la problemática homeostáticamente y bloqueando las comunicaciones hacia el exterior.

Así, quizás pudiéramos tomar a la iglesia como ejemplo de la evolución de una organización y aprender de ella. Las organizaciones sanitarias también son centenarias y en salud mental son un ejemplo. Del juego organizacional propio del paradigma manicomial hemos pasado a otro juego, el de la psiquiatría comunitaria, pero igual de juego e igual de presente. Este juego implica, como todos, sus propios mitos, reglas, construcciones de la realidad,...

Si en una familia las triangulaciones, alianzas y coaliciones son frecuentes, en las organizaciones se podría decir que son la norma. Entre las causas podría situarse su mayor número de miembros y la mayor disparidad de intereses.

Los conflictos entre diferentes miembros particulares o entre subsistemas de una organización conllevan con cierta frecuencia a triangulaciones tanto manipulatorias como desconfirmadoras.

En las organizaciones sanitarias el conflicto se da con cierta frecuencia entre servicios (que estructuralmente se pueden considerar como holones) que están obligados a compartir, paralela o secuencialmente, partes del mismo proceso asistencial. Es un conflicto en la llamada “continuidad de cuidados” (definida como la capacidad de los servicios pertinentes para ofertar intervenciones capaces de mantener una coherencia terapéutica y asistencial). En estas situaciones los pacientes pueden ser doblemente pacientes, en cuanto se convierten en chivos expiatorios o pacientes identificados de una segunda patología, la patología de la relación entre los subsistemas sanitarios que les prestan asistencia. Pueden ser triangulados tanto manipuladoramente (como instrumento de uso para definir la relación entre servicios) y/o desconfirmatoriamente (negándoles en la práctica el papel autónomo y protagonista que por ser los

tributarios de la asistencia les pertenece). Frente a estos riesgos hay varias opciones. Señalaremos aquí dos:

1. Fomentar y exigir el profesionalismo deontológico debido a los intervinientes.
2. Actuar a nivel organizacional, de modo que estas situaciones no sean consecuencia de un perfil relacional organizacional conducente a ello.

En la práctica sólo se actúa al primer nivel, el segundo apenas se plantea.

Pero las triangulaciones no son sólo con pacientes, también se pueden dar entre servicios por conflictos entre gestores siendo los triangulados los operadores que está más bajos en el escalafón. En tal caso lo mejor que puede suceder es que el conflicto entre las cúpulas sea abierto, puesto que cuánto más larvado sea, más se recurrirá a expresiones conflictuales que implican a terceros.

Las coaliciones (dos miembros de dos niveles jerárquicos distintos se alían contra un tercero) y las alianzas (dos miembros de dos niveles jerárquicos distintos se alían excluyendo a un tercero) son una tentación demasiado grande. Una expresión especialmente dañina para el que la sufre es la de la coalición negada. Una forma prototípica de la misma es la que se da cuando el miembro jerárquicamente superior de la coalición le afirma al otro del nivel inferior la relación privilegiada que tienen (por ejemplo se lo afirma a nivel verbal), pero a otro nivel (pragmático por ejemplo) se lo niega.

Si el operador sanitario atrapado en estas triangulaciones permanece mucho tiempo en ellas, aparte de estar en riesgo de enfermar, es porque algo obtiene. Lo que probablemente no sepa bien es el elevado precio que va a pagar.

Si en esta situación este operador ha de atender enfermos y si encima estos sujetos aquejan malestar psíquico fruto de patrones relacionales patógenos (triangulaciones,...) las posibilidades terapéuticas están mermadas en la práctica. Quizás lo mejor que podría pasar es que su experiencia profesional le haga ganar en empatía y agudeza para detectar estas situaciones en sus pacientes. Otro tipo de consecuencias en su acto sanitario pueden no ser tan constructivas.

EL CAMBIO

Definir en qué consiste el cambio es todo un desafío intelectual. Pero al igual que otros conceptos de esencia bipolar (yin-yan, orden-desorden,...) no se puede entender el cambio sin su complementario, el no cambio (persistencia, permanencia, estabilidad,...). Del mismo modo que, siguiendo la propuesta de Whorf, en un universo en el que todo es azul, el concepto de lo azul no puede desarrollarse, debido a la ausencia de colores que sirvan de contraste. Esto es cierto, pero el hecho de que el concepto de azul no pudiera desarrollarse no significa que no pueda especularse. En nuestro universo la dimensión tiempo es ubicua, pero puede “concebirse mentalmente” el no tiempo, pues en física se considera que el tiempo surgió con el Big Bang. Esto implica que no pueda preguntarse nada sobre “antes” del Big Bang, dado que no existe un antes al no existir el tiempo.

Por tanto, exista o no exista el cambio, se puede pensar sobre él de manera útil.

Para que haya un cambio parece suficiente una diferencia diacrónica, por ejemplo, entre el estado presente y el pasado. Pero las cosas pueden ser tan distintas como la noche y el día, el cambio parecer extremo y, sin embargo y paradójicamente, dentro de un contexto más amplio nada puede haber cambiado en absoluto. Son esos cambios en los que no se modifica la estructura ni las relaciones, en los que los miembros del sistema cambian de posición pero no su funcionamiento básico.

Los cambios en los que lo que cambia es el cambio (el cambio del cambio, el metacambio) son los que implican un cambio estructural.

Afrontar los cambios organizacionales como la consecuencia de un mecanicismo lineal en el que, dadas unas condiciones de partida conocidas y aplicando un procedimiento causal lineal se van a obtener las condiciones de llegada deseadas es estar en una filosofía de cambio 1. Cada gestor entra en la empresa con su propia cadena causal lineal y la realidad ha de ajustarse a esta visión.

Esta necesidad de construcción de una realidad, de búsqueda de certezas, lleva a los gestores a aplicaciones procedimentales en las que se imponen sus soluciones. Es más, primero se tienen las soluciones y luego se encuentran los problemas a los que se van a aplicar esas soluciones. En política es frecuente que la solución sea crear una comisión parlamentaria independientemente del problema que se afronte o de que realmente exista o no. En burocracia la solución ya está creada y es archiconocida, aumentar el control, la cuantificación y la procedimentación. Y esto lleva muchas veces a crear más funciones administrativas. En el caso de las

organizaciones sanitarias, menos operadores asistenciales y más operadores administrativos o los mismos con más atribuciones.

Esto mismo ya fue planteado por C. N. Parkinson en sus irónicas leyes, al observar que a medida que el Imperio Británico declinaba en importancia, el número de empleados en la Oficina Colonial (Colonial Office) aumentaba.

Sus tres leyes principales son consecuencia de aplicar a machamartillo las mismas soluciones, el más de lo mismo. Son una realidad, todavía imperante, en la que la “solución” forma parte del problema. Sus tres “leyes” principales son:

1. El trabajo se expande hasta llenar el tiempo de que se dispone para su realización. En una burocracia, esto es motivado por dos factores:
 - a. El mando quiere multiplicar sus subordinados, no disminuir sus rivales.
 - b. Los burócratas se crean trabajo unos a otros.
2. Los gastos aumentan hasta cubrir todos los ingresos.
3. El tiempo dedicado a cualquier tema de la agenda es inversamente proporcional a su importancia.

Las analogías con muchas recientes políticas sanitarias y con los nuevos programas que se implementan pueden ser defendidas. Crear un programa sanitario supone, muchas veces, generar un problema añadido al ya existente y no solucionar el previo. En la sanidad pública, la oferta crea la demanda y no al revés. La “solución” genera los problemas a “solucionar”. Plantear un programa de asistencia a crónicos corre el riesgo de aumentar los enfermos crónicos, en vez de mejorar la asistencia de los ya existentes. Como el número de sujetos rotulados como crónicos aumente mucho, los recursos se volverán insuficientes, tendremos más crónicos que antes y encima peor atendidos.

Este riesgo existe. En el mercado de la salud no se cumplen los requisitos que permiten que el mercado funcione de manera ideal. No hay una competencia real; no existe una distribución igualitaria de la información pues el consumidor no puede juzgar directamente lo que sanitariamente precisa sino por medio de el médico que actúa como su agente; no hay independencia entre oferentes y demandantes; la salud no es un bien privado (que uno tenga salud no impide que otro la tenga), ni divisible, ni se puede intercambiar (no se puede vender ni comprar),... Así que esto favorece el que la oferta y la demanda se relacionen de manera inversa, esto es, a mayor oferta mayor demanda.

Y por otra parte está la cuestión de la demanda inducida, sea tal inducción buscada voluntaria o involuntariamente. El inducir demanda es la propia esencia de la publicidad. La demanda depende no sólo de la necesidad sino de la accesibilidad y de las expectativas. Un programa

sanitario accesible y que comporte ventajas extra puede ser demandado por un plus de población más allá para la cual estaba inicialmente diseñado (demanda inducida). Para ello no hace falta forzar diagnósticos, con que entren los casos frontera ya sería un añadido de demandantes. A lo anterior se añade el que las preferencias de los individuos varían en función del marco donde se formulan cuestiones, de sus dimensiones temporales, del impacto sobre las emociones y de los importantes límites de la racionalidad. Todo ello influye en cambios de la demanda

Todos estos cambios son cambios tipo 1 que aumentan la dependencia de la población hacia unos recursos sanitarios cada vez más escasos cuando cada vez son mayores. Paradojas. Cuanta mejor es la asistencia sanitaria de una sociedad, más enfermedades y más enfermos tiene, luego peor salud obtiene.

He de repetirme diciendo que todo esto es consecuencia lógica de plantear soluciones que agrandan los problemas, soluciones tipo 1.

Si se conceptúa el problema como una configuración de relaciones y de reglas que se reiteran sin una meta-regla que defina cómo han de cambiarse. El cambio se produce cuando se halla dicha meta-regla: la terapia pone las condiciones para que surja. El cambio, para que sea terapéutico, supone hallar una meta-regla, que varíe la naturaleza del familiar. Naturalmente, se instaura otro juego menos perjudicial o enteramente benéfico. Son cambios tipo 2.

En la asistencia sanitaria pública implica, entre otras cosas, cambiar el modo en el que los ciudadanos se relacionan con la sanidad. Implica un empoderamiento de los ciudadanos, una mayoría de edad en la que los ciudadanos se emancipan de “mamá estado”. La organización no puede seguir fomentando la dependencia, engordándose de este modo a sí misma, y al mismo tiempo renegar de la necesidad que ella misma fomenta. Es el perverso círculo vicioso que prusianos gestores convierten en una secuencia lineal.

Estos cambios tipo 2 hay que creerlos posibles, siendo la asistencia mental un ejemplo de ello. Baste recordar el cambio tipo 2 que supuso la humanización de la asistencia psiquiátrica con Pinel y Esquirol. Las reglas de las normas de asistencia a los enfermos mentales cambiaron. Como no podía ser de otro modo esto ocurrió cuando sucedía otro cambio tipo 2 en la sociedad: La Revolución Francesa.

Otro cambio tipo 2 fue la antipsiquiatría que favoreció a la desinstitucionalización (junto con la introducción de los antipsicóticos y el desarrollo de la psiquiatría comunitaria). Las reglas volvieron a cambiar. Y de nuevo fue una época de “revoluciones” y reivindicaciones (feminismo, derechos civiles de los negros,...) con Mayo del 68 como paradigma y su *“Seamos realistas, pidamos lo imposible”*.

Estos encuadres históricos y sociales hacen pensar que las posibilidades de cambio de la organización sanitaria no están en sí misma. En ese aspecto funciona como una familia que continuamente se empeña en más de lo mismo. Sólo cuando se crea el sistema terapéutico (desde una perspectiva de cibernética de segundo orden) y entran en relación otros sujetos (el/los terapeuta/s) con posibilidades de generar nuevas interacciones y aumentar la complejidad, sólo entonces se produce el cambio.

Si el paralelismo es válido se infiere que sólo la sociedad, como sistema más amplio y con capacidad de introducir interacciones novedosas, tendría potencial de cambio tipo 2 en las organizaciones asistenciales actuales. La sociedad reencuadra la sanidad.

LA ASISTENCIA Y LA ORGANIZACIÓN SANITARIA

Las organizaciones sanitarias (me refiero principalmente a las públicas) son sistemas sociales con configuraciones consolidadas con un núcleo interno que funciona como un sistema cerrado, aunque no aislado. Por esta configuración como sistema cerrado actúan según criterios de una racionalidad lineal, no siempre evidente y centrada en la propia organización más que en la relación con los usuarios.

Las organizaciones asistenciales, en sus modalidades más extremas, parecen haber invertido su definición atribuida, la de atención a los ciudadanos a través de sí mismas, por una definición implícita pero pragmáticamente muy evidente de atención a sí mismas. Este cambio "oculto" de definición pasa por la consolidación de clases profesionales, mantenimiento de estructuras burocráticas, gestión de enormes presupuestos,... Terminan definiendo las necesidades de los ciudadanos como un recurso propio.

Entre la ciudadanía y estas organizaciones se genera un *quid pro quo* sorprendente que termina de cerrar el círculo vicioso. La atención ofertada por estas organizaciones (generada por sus propios procesos organizativos internos) es coherente con la tendencia de los ciudadanos usuarios a delegar elementos fundamentales de su vida en manos de estas organizaciones.

Lo anterior tiene que ver con la politización habitual de este macrosistema que es la sanidad pública. La organización política puede ser caracterizada como aquella que carece de mecanismos globales y operativos de coordinación y por la presencia significativa de conflicto. Cuando el conflicto persiste la organización se politiza.

Mientras que en otras organizaciones la persistencia del conflicto puede ser una amenaza, en el caso de las organizaciones sanitarias asistenciales, el conflicto puede llegar a ser un elemento facilitador de su perpetuación. La persistencia del conflicto favorece la preeminencia de juegos políticos, los cuáles facilitan la fragmentación del usuario y en última instancia promueven las propuestas de delegación y desresponsabilización social que pueden provenir de los usuarios. Y este círculo vicioso puede mantenerse indefinidamente porque genera beneficios a todos los implicados, aún a costa de la frustración, aislamiento y dificultades de operadores, usuarios y niveles intermedios de la organización.

Los juegos políticos, tan habituales en las organizaciones sanitarias, se suelen definir alrededor de la noción de poder y de sus espacios. El

poder se distribuye inequitativamente a lo largo de la organización pero los operadores tienden a aumentarlo o a preservar el que tengan.

Estos juegos de poder suelen llevar a una fuerte separación entre los administradores, gestores, planificadores,... con respecto a los operadores asistenciales de base.

Las organizaciones sanitarias, y las de asistencia en salud mental en especial, mantienen una singularidad que puede desembocar en efectos perversos. Cuanto mayor es su grado de eficacia, es decir, su capacidad de restituir a determinados colectivos a dinámicas de autonomía social, mayor es la posibilidad de que sus clases sociales sean mermadas y de que la continuidad la organización sea cuestionada. Es decir, como organizaciones y en cuanto a sus clases profesionales, hacer bien su trabajo explícito significa favorecer su desaparición. Esto es algo que va contracorriente de la tendencia a autoperpetuarse de todos los grupos humanos. Esta necesidad de perpetuarse a la contra de los objetivos explícitos es totalmente coherente con la propuesta relacional que se establece en la interacción con los usuarios. Éstos aprenden a formular una declaración de carencia y una propuesta de delegación de determinados aspectos de su vida, que en muchas ocasiones se rotulan con diagnósticos.

Los usuarios fácilmente aprenden a construirse identidades carenciadas, viendo perpetuadas tales definiciones al no poder ser literalmente cerradas. Tales historias están repletas de evidencias y de diagnósticos. El usuario se fragmenta en diferentes servicios: sanitarios, sociales, judiciales,... Se "explicita" así la necesidad de una cada vez mayor número de clases profesionales específicas orientadas a necesidades cada vez más fragmentadas.

La fragmentación, en muchas ocasiones, no pasa de ser la consecuencia de las operaciones formales en las que cada servicio asistencial, asociado a definidas y consolidadas clases profesionales con diferentes niveles de influencia, intenta hacer preponderar su perspectiva específica en detrimento de perspectivas globales.

La evidencia pragmática es que, entre los objetivos implícitos de estas organizaciones, ocupan un lugar secundario los intereses reales de los usuarios en cuanto a sujetos autónomos y alejados de los servicios, mientras que ocupan un lugar preponderante los intereses de los operadores más influyentes de la organización y los objetivos implícitos de los juegos de poder que estén en marcha.

En este contexto, los operadores (tanto a niveles de gestión como en primera línea asistencial) están obligados a estar más atentos a los procesos internos de la organización que a la respuesta de la misma respecto a su objetivo explícitamente prioritario: los usuarios y los pacientes.

Recapitulando, las organizaciones sanitarias (socio-sanitarias en un sentido más amplio) son funcionales en cuanto que generan clases profesionales y usuarios estables que se refuerzan mutuamente y que contribuyen a mostrar una faceta, asistencial y normativa, muy importante de los países desarrollados que venden la idea del estado de bienestar: somos solidarios.

Como ya se ha dicho en otra parte de este trabajo, el problema (y por tanto parte de la solución) está en redefinir el patrón relacional básico entre instituciones asistenciales y los usuarios estables (delegadores). Esto plantea también una dificultad en los operadores, la de superar la identidad profesional específica en pro de una identidad más polivalente.

Hay que tener presente que la organización define gran parte del metacontexto en el que los operadores asistenciales hacen su trabajo, esto es, donde se dan los contextos profesionales de cambio. Recordar que se llama "contexto profesional de cambio" al marco que se establece entre usuario y profesional que permite dar significado a una serie de intercambios relacionales orientado a introducir un cambio en el usuario (cliente). Estos contextos se han clasificado en seis categorías:

1. Contexto asistencial. Es el planteamiento de la reparación y de la desresponsabilización del paciente. Conlleva relacionalmente la complementariedad entre profesional y usuario y la cronificación de la relación.
2. Contexto de consulta. Se identifica con consejos de personas expertas a otras que lo son menos. El experto se responsabiliza del consejo pero no del caso.
3. Contexto terapéutico. En el paradigma sistémico es el contexto que se inicia con un contrato que compromete a terapeuta y cliente en el empeño de co-crear alternativas que permitan la exclusión de la sintomatología.
4. Contexto de evaluación. Se define por el contexto en el que se evalúa al usuario en cuanto a si cumple con unos requisitos o no (por ejemplo los informes para renovar el carnet de conducir en pacientes polimedicados).
5. Contexto de control. Implica el control, las más de la veces por imperativo legislativo, de aspectos concretos del paciente (por ejemplo consumos).
6. Contexto informativo. Cuando se comparte información y así el usuario dispone de más herramientas para decidir si fuera preciso. Se informa pero no se aconseja.

Pero todos estos contextos de cambio están muy influidos por los metacontextos en los que se enmarcan. Los metacontextos favorecen la constitución de unos contextos u otros.

Los metacontextos son señalados por las llamadas marcas de contexto. En el ámbito sanitario por ejemplo lo son:

- Las batas blancas. Que un Centro de Salud Mental (CSM) las use y otro no ya implica una diferencia (o al menos intento de ello) en cuanto al contexto de cambio que ofertan a sus usuarios
- Los nombres de los centros. No es lo mismo que un usuario entre a un Centro de Salud Mental que a una Unidad de Drogodependencias. El asunto de los nombres es algo muy cuidado desde las esferas políticas, llegándose al punto de que se normalizan y no chocan. ¿A alguien le suena bien Centro Ambulatorio de Psiquiatría en vez de CSM? En cambio ¿No parecería algo absurdo un centro denominado Centro de Salud Cardíaca si todo lo que trataran fueran enfermos cardíacos?

Los metacontextos se denominan igual que los contextos (asistencial, de control, terapéutico,...), siendo el propio de las organizaciones sanitarias públicas el metacontexto asistencial. Por tanto, se supone que el operador asistencial debe prestar asistencia a sus clientes de forma casi obligada. Por ello, a lo largo de su vida profesional trabajará preferentemente en contextos asistenciales, con cierta frecuencia en contextos de consulta, algunas veces contextos de control y evaluación, y raramente de terapia.

Visto desde este planteamiento, se podría afirmar que la posibilidad terapéutica real, definida como el cambio co-construido entre un profesional y un cliente autónomo y libre, está imposibilitada por la propia definición y estructura de la organización sanitaria. De nuevo paradójico.

EL OPERADOR DE LA ORGANIZACIÓN SANITARIA

Se pueden dividir los operadores de las organizaciones sanitarias en dos grandes colectivos: los administradores (gestores) y los operadores de base (primera línea asistencial). De los primeros se puede decir que programan, planifican y definen directivas, establecen políticas generales y tienen escaso contacto con los usuarios. De los segundos decir que suponen la infantería de la organización, la primera línea de combate, no participan realmente (aunque a veces quiere darse la imagen de que sí) en las políticas y directivas generales y constituyen punto de contacto con el entorno de la organización.

En más de una ocasión, la formación recibida por los operadores asistenciales acusa el sesgo de estar orientada a partir de sus propias necesidades. Define una y otra vez, a través de sus contenidos, a una determinada clase profesional y no a partir de aumentar la eficacia en relación con los usuarios. Quizás por ello, la polivalencia se ve como una cualidad poco prestigiadora.

No resulta entonces extraño que el trabajo interdisciplinar pueda convertirse más en un escollo que en un instrumento fundamental en pro de la calidad. Las iniciativas interdisciplinares, por otra parte cada vez más promocionadas, son a menudo frustrantes para los operadores y poco significativas para los usuarios. Y no puede ser de otro modo cuando cada operador tiene que consensuar intervenciones muy complejas intentando desdibujar lo menos posible los límites de su aportación profesional.

Cuando el milagro de la colaboración interdisciplinar se produce, todos los participantes tienen una sensación agradable de vivencia de su propia importancia y de que todos ganan. La sensación de haber conectado y no de haber sido una simple suma de intervenciones individuales. Es la aprehensión emocional de la esencia sistémica: el todo es más que la suma de las partes.

El verdadero profesional polivalente desarrolla la capacidad de mantener relaciones profesionales interdependientes que lo definen como un nudo vivo en una red profesional que se activa en función de las necesidades del usuario.

En el otro extremo están los profesionales demasiado autónomos y, hasta cierto punto, aislados profesionalmente. Como consecuencia de ello pueden estar bloqueados por su propia autonomía de respuesta. Así es, en ocasiones, el aislamiento profesional lleva a la petición del establecimiento de circuitos profesionales definidos organizacionalmente que resuelvan la necesidad de coordinarse a través de directivas formales. Con ello puede ocurrir que se generen en realidad circuitos burocráticos en los que el

aislamiento profesional se mantiene en medio de una frenética y ortopédica estructura de coordinación.

Resumiendo, las posiciones de demasiada dependencia o independencia generan ineficacia en cuanto al objeto (sujeto pues es el paciente-usuario) de la intervención.

En el colectivo de operadores administradores las habilidades políticas son fundamentales para su supervivencia. Las habilidades técnicas, en cambio, no son por lo general reforzadas o premiadas. Es necesario señalar que las habilidades técnicas están directamente relacionadas con los usuarios, mientras que las habilidades políticas se refieren a tipos de interacción relativos a la capacidad de influir en el seno de la organización. Para medrar en la organización no hay que ser un buen profesional sino un buen político.

Entre ambos colectivos (administradores y asistenciales) las interacciones suelen ser bastante estériles y chirriantes.

Los administradores definen directivas y políticas con poco contacto con los operadores de base que las han de llevar a cabo. Tampoco con los usuarios. Estas iniciativas están predestinadas, por sus efectos pragmáticos, a la consolidación de todas las clases profesionales establecidas y a sus interacciones redundantes y cotidianas más que a los objetivos declarados y/o aparentes. Estos comportamientos son esenciales para la perpetuación de este tipo de organizaciones y mantienen activada la dependencia del usuario. El órgano crea la necesidad en este caso.

Los operadores de base se sienten controlados a la vez que, paradójicamente, abandonados a su suerte, desarrollando una narrativa victimista, de superioridad moral, con unos recursos profesionales que se viven como sólo activables desde locus de control externos, expropiados de su capacidad autorganizadora autónoma y obligados a la heteronomía. Pero a la vez aceptan caer en la delegación (isomórficamente con lo que ocurre en la relación entre operadores y usuarios) en sus momentos de crisis: delegan en los administradores. Pero este isomorfismo los operadores no lo aprecian, en muchas ocasiones critican en los usuarios lo que ellos mismos hacen a nivel organizacional.

El resultado final es el empobrecimiento de los recursos profesionales de los operadores, el fortalecimiento y la lejanía de las clases programadoras y la estabilidad isomórfica con la narrativa de los usuarios, que proponen a los operadores una perspectiva totalmente coherente con esa dinámica. Esa es una realidad mayoritariamente frustrante para muchos operadores (aquellos menos familiarizados con el comportamiento tácito de la organización y con sus juegos políticos), pero perpetuadora del funcionamiento de la organización y de la delegación de los usuarios.

En este punto hay que reconocer lo frecuente del siguiente isomorfismo: los operadores sociales pueden supeditar masivamente la posibilidad de cambiar sus propias circunstancias profesionales a la iniciativa de elementos ajenos a sí mismos presentes en la organización, poseedores de unos recursos materiales o relacionales sin los cuales las posibilidades de intervenir en los contextos de los usuarios con las suficientes garantías disminuyen. Se establece un proceso de delegación de los propios recursos profesionales en manos del redentor organizacional, ángel o demonio, del que depende cualquier superación de una cotidianeidad frustrante en la que el operador se esteriliza como agente de cambio.

Este camino se parece demasiado al que ha llevado a los usuarios a terminar funcionando igual, esto es, delegando partes de su vida fragmentada y demandando medidas sustitutorias que deben venir también desde fuera, en vez de creer en sí mismos y potenciar sus capacidades de cambio. Al actuar de este modo autolimitante, tanto usuarios como operadores empobrecen sus recursos y el horizonte de la cronicidad (asistencial para los usuarios y de la frustración para los operadores) está cada vez más cercano.

Para intentar revertir esto, a nivel de operador es fundamental que éste pueda construir una lectura útil de su organización, en especial de los territorios de la misma que le son más cercanos. Cualquier operador, en cualquier nivel o función, es corresponsable de al menos parte de sus condiciones profesionales y, respecto a ellas, tiene cierta posibilidad de cambiarlas en algo centrándose en sus recursos que, como operador, tiene para ello: su zona de incertidumbre, su territorio de poder y su punto de partida para definirse como agente de cambio organizacional.

La imprevisibilidad, la ambigüedad, la incertidumbre y, sobre todo, el conflicto, son constituyentes consustanciales de las organizaciones complejas (las sanitarias públicas son ejemplo prototípico) y en relación a esos factores se definen, se quiera o no, objetivos individuales, que deben ser necesariamente compatibles.

Así, un elemento de orientación es la necesidad del operador de protegerse profesionalmente. El operador que aprende a hacer compatibles sus objetivos individuales con los de la organización, que aprende a retroalimentarse positivamente con su práctica profesional y que aprende que mantenerse hábil como agente de cambio, puede desarrollar una práctica profesional cercana al objetivo declarado de restitución de la salud del usuario sin comprometer la suya en el proceso.

Optar por una actitud proactiva por parte del operador implica autodefinirse como un agente de cambio, responsable de su situación y sin necesidad de demonizar la organización.

En definitiva, corresponsable y proactivo versus víctima y reactivo.

REFLEXIONES FINALES

Las organizaciones son constructos sociales provistos de recursos específicos que desarrollan soluciones predefinidas a problemas igualmente específicos. Las organizaciones no son fenómenos naturales, no surgen espontáneamente, son creadas.

Se puede decir que las crean algunos sujetos con diferentes grados de poder al entra en interacción cooperativa para alcanzar unos objetivos comunes. Fruto de esta interacción surgen tanto el conflicto como la colaboración, que están en el mismo tejido constitutivo de una organización.

No se puede ver a las organizaciones como simples estructuras o mecanismos orientados a la resolución óptima de los problemas que el ambiente propone. Pensarlas así es demasiado mecanicista y demasiado frecuente.

Es útil, en cambio, pensarlas teniendo en cuenta tanto variables macrosistémicas (la organización entendida como un sistema-unidad que evoluciona con el ambiente) como los elementos microsistémicos (la organización entendida como multiplicidad de individuos). Los acoplamientos entre ambos tipos de variables pueden generar comportamientos determinísticamente imprevisibles e incluso contraintuitivos.

Y es que una organización es un fenómeno indescriptible si se pretende una descripción objetiva y exhaustiva. El constructivismo nos ha mostrado que una definición es una metáfora que intenta abarcar una complejidad en realidad inabarcable. La organización sería una realidad describible pero no explicable.

Suelen juzgarse los hechos organizacionales que expresan contradicciones, imprevisibilidad o confusión como “momentos imperfectos” de la realidad organizacional, como accidentes a evitar y reparar. Esta perspectiva es poco productiva y obvia el caudal informativo que estos hechos aportan.

Se necesitan metáforas organizacionales que sean capaces de contener la ambigüedad, la imprevisibilidad, el conflicto,... como elementos inevitables e insustituibles propios de la organización de modo que puedan construir realidades útiles. La descripción objetiva puede ser estéril.

Lo más relevante del fenómeno relacional de la organización está sumergido, no es evidente, es implícito y emerge en coherencia con la posición y mirada del observador. Sólo la capacidad de cambiar la mirada aporta a los hechos pragmáticos aparentemente irracionales una racionalidad alternativa que puede ser útil en el devenir del operador. Cada

mirada es una descripción legítima de la organización. Cada nueva mirada puede ser un instrumento cambio así como un instrumento de equilibrio.

Organización y ser humano son realidades inseparables, por lo que, en cierta medida, definir la organización es autodefinirse. Pero no hay que olvidar que la organización es necesariamente inefable y que su componente relacional está teñido de emociones y mensajes analógicos que difícilmente se pueden digitalizar sin faltar a sus significados originarios.

Todo lo anterior permite ver a las organizaciones sanitarias con otros ojos y permitir otras perspectivas. Se juzga a la organización sanitaria como necesaria, y lo es. Pero el aplicar lógicas cerradas está llevando a puntos difíciles de sostener.

Las organizaciones sanitarias requieren de recursos para su subsistencia. Pero no nos engañemos, para su subsistencia en su concepción actual no son los fondos públicos lo más necesario, lo que necesitan son usuarios carenciados, enfermos, a poder ser crónicos.

Es curioso que ahora se haya lanzado un programa de atención a pacientes crónicos. Han “descubierto” que Osakidetza no está preparada para atender a pacientes crónicos, que está “bien diseñada” para los pacientes agudos. La realidad es que lleva años funcionando de un modo que, como precisa de pacientes fieles que justifiquen su “autopoiesis” (su autogeneración, su autopropagación), ha fidelizado a los pacientes agudos convirtiéndolos en crónicos. Como los precisa para ser su solución, los ha creado. La solución, como ya se mencionó previamente, está antes que el problema.

Y es que, a mi juicio, el funcionamiento actual de las organizaciones sanitarias fomenta:

- La rotulación de los ciudadanos como enfermos y no como sanos.
- Que dicha rotulación se acompaña de relaciones de dependencia hacia la institución sanitaria.
- Que los ciudadanos obvian esta dependencia definiéndola como demanda de derecho. En realidad está haciendo dejación de sus propias capacidades.
- Que a su vez el funcionamiento de la organización sanitaria es pernicioso para sus propios operadores.
- Que todo lo anterior genera un círculo vicioso que cada vez consume más recursos.
- Que, en resumen, toda la dinámica de la organización sanitaria es útil para su propia autopropagación.

Para poder llegar a estas reflexiones hay que huir de la lógica lineal, del espurio espejismo de que el pasado determina férreamente el presente, de las definiciones pretendidamente exactas, redondas y cerradas,...

En resumen, hay que adoptar una mirada más sistémica.

BIBLIOGRAFÍA

- J Haley. 1986. Las tácticas de poder de Jesucristo. Paidós Terapia Familiar. Barcelona.
- Ludwig Von Bertalanffy. 1993. Teoría general de los sistemas. Fondo de cultura económica. Madrid.
- M Coletti, JL Linares. 1997. La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella. Paidós Terapia Familiar. L'Hospitalet de Llobregat.
- M Selvini. 1997. Al frente de la organización. Estrategia y técnica. Paidós. Barcelona.
- Amparo Osca. 2004. Psicología de las organizaciones. Ed. Sanz Torres. Madrid.
- H Mintzberg. 1989. Mintzberg y la dirección. Diaz de Santos. Madrid
- Sun Tzu. 2006. El arte de la guerra de Sunzi. Edición bilingüe. La esfera libros. Madrid.
- JL Martorell. 1988. Mistificación y juegos de poder en la terapia de pareja. Cuadernos de Terapia familiar, nº5,10-22.
- P Watzlawick, J Beavin DD Jackson. 1995. Teoría de la comunicación humana. Herder. Barcelona.
- JL Linares. 2007. Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica. Paidos Terapia Familiar. Barcelona.
- H Von Foerster. 2005. Las semillas de la cibernética. Gedisa. Barcelona.
- M Bowen. 1998. De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. Paidos. L'Hospitalet de Llobregat.
- P Watzlawick, J Weakland, R Fisch. 1989. Cambio. Herder. Barcelona.
- A Linares. 2007. El gran bazar. La sistémica en la empresa. Diaz de Santos.

- CN Parkinson. 1982. Parkinson: la ley. Grijalbo. Barcelona.
- M Coletti, JL Linares. 2007. La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat vella. Paidós Terapia Familiar. Barcelona.
- J. Hermoso de Mendoza Urrizola. Absentismo asociado al síndrome de burnout. Coste económico del estrés laboral asistencial en un hospital. Mapfre medicina, ISSN 1130-5665, Vol. 15, Nº. 3, 2004, págs. 193-198.
- J Elizur, S Minuchin. 1990. La locura y las instituciones. Familias terapia y sociedad. Gedisa. Barcelona.

Mikel Pereda Vicandi

En Donostia, a 14 de mayo del 2011