

SILENCIO EN EL HOSPITAL

Plan de Comunicación Interna para el Hospital Interzonal
General de Agudos, "General José de San Martín"



Universidad del Este- Facultad de Diseño y Comunicación-
Licenciatura en Relaciones Públicas

JUNIO 2018

Índice

1- INTRODUCCIÓN.....	2
2- OBJETIVO.....	3
2.1- General.....	3
2.2- Específicos.....	3
3- MARCO TEÓRICO.....	4
3.1- Conceptos generales.....	4
3.2- Definición de salud a lo largo del tiempo.....	16
3.3- El sistema de salud pública en Argentina.....	17
3.4- Comunicación en salud.....	19
3.5- Hospitales Humanizados.....	22
4- METODOLOGÍA.....	24
5- ANÁLISIS DE ENCUESTAS.....	27
6- DIAGNÓSTICO.....	33
6.1- Historia del Hospital.....	33
6.2- Comunicación en y para el Hospital.....	34
7- PLANIFICACIÓN.....	39
7.1- Proceso de compras.....	41
7.2- Propuestas de intervención en el proceso.....	51
8- CONCLUSIÓN FINAL.....	58
9- BIBLIOGRAFÍA.....	59

1- INTRODUCCIÓN

El sistema de Salud pública en Argentina, está conformado por una serie de hospitales y centros de atención primaria que funcionan bajo el mando de Ministerios y Secretarías de la Salud de distintas jurisdicciones (nacional, provincial o municipal) y que se encargan de proveer un servicio gratuito para el ciudadano. Según un informe realizado en el 2002 por Carlos Acuña, por muchos años, la Argentina se distinguió por la eficiencia y calidad de este servicio. Sin embargo, desde hace un tiempo, la calidad del sistema sanitario ha ido disminuyendo enfrentándose a severas problemáticas.

De todas maneras, entre el año 2003 y el año 2013, el incremento del gasto en salud fue del 108% representando en su momento un 8.5% del P.B.I, siendo uno de los más altos de la región según Glanc, de la Universidad Isalud. Un informe del Instituto de Salud Pública y Gestión Sanitaria (ISG), informa que, a pesar de este aumento, se generó más ineficiencia ya que se utilizó el doble de dinero, para menos servicios. Estos datos reflejan, a simple vista, una mala administración en los recursos.

Si tomamos el hospital San Martín, indagando en su historia, podemos dilucidar que ha sido depositario de grandes expectativas a nivel clínico. Se crearon numerosos pabellones, tratamientos y áreas muy específicas que hicieron de esta, una institución cada vez más especializada. Sin embargo, cuando se pensó en ampliar ediliciamente el San Martín, no se tuvo en cuenta el recurso humano y mucho menos se pensó en herramientas de comunicación interna para facilitar el funcionamiento diario.

Si bien esta problemática engloba al hospital en su totalidad, para acotar este análisis, la investigación sobre la comunicación interna en dicha organización, se va a enfocar por un lado en dos actores, que para este trabajo son considerados fundamentales (los médicos y el área administrativa) y, por otro, en un proceso en el que estos actores participan activamente: Compras.

De esta manera, esta investigación, dará a conocer la necesidad de incorporar un espacio dentro del hospital destinado a la Comunicación interna, que pueda intervenir dentro del funcionamiento del Hospital a través de un plan de acción que se adapte a los puntos débiles que entorpecen la gestión diaria.

2- OBJETIVO

2.1- General

-Demostrar, a partir del diagnóstico del proceso de compras, la necesidad de crear un espacio en forma de Beca o residencia, destinado a mejorar la comunicación entre las distintas partes que conforman el Hospital para obtener un mejor funcionamiento operativo y económico.

2.2- Específicos

- Demostrar la importancia de una buena comunicación para mejorar el trabajo en equipo.

-Proponer herramientas comunicacionales que mejoren el proceso intervenido.

-Mejorar el vínculo comunicacional entre los distintos sectores internos que conforman al hospital.

3- MARCO TEÓRICO

3.1- Conceptos generales

Cuando hablamos de **Organización**, nos referimos a:

“Un sistema creado por el hombre en un marco social que mantiene una dinámica de interacción con el medio ambiente (clientes, proveedores, gobierno, competidores, sindicatos, etc.) y está integrada por partes que interactúan realizando acciones en pos de objetivos comunes e individuales.” (Franco y Mendonca, 2008, p.92)

Podríamos decir que la definición de Franco y Mendoca, es completamente flexible si se tiene en cuenta que puede ser aplicada tanto a organizaciones privadas como públicas. En ambos casos la organización interacciona con el medio ambiente y la integran miembros que interactúan entre sí.

Sin embargo, cuando nos referimos a **instituciones estatales**, podemos destacar ciertas particularidades que las individualizan y la separan de las organizaciones privadas. Por ejemplo, sus objetivos “no le son propios como organización en la medida en que ellos constituyen necesidades públicas definidas por la Constitución, las leyes y los procesos políticos.” Completando esta definición, María de las Mercedes Cancelo San Martín (2007), sostiene que las organizaciones públicas por ser parte del Estado adquieren, además, el compromiso de comunicarse con los ciudadanos como una responsabilidad social (p.73).

En ambos casos, los elementos constitutivos de la institución que justifican su existencia y permiten su correcto desarrollo son: su cultura, su identidad, su imagen y sus públicos. Todos ellos, toman valor real y se dejan vislumbrar, gracias a la comunicación.

En el presente trabajo, sólo nos centraremos en dos de estos cuatro elementos que son: la **cultura y sus públicos**.

Alcorta y Mantiani (2004), entendemos a **la cultura** de una organización como “El conjunto de valores, creencias, y normas que comparten los integrantes de una institución y que se manifiestan inconscientemente gracias a una experiencia grupal, generando estándares de conducta. (p.32) “

Capriotti, por su lado, no cree que la cultura sea precisamente el conjunto de normas formales y valores establecidos (los cuales los encuadra dentro del concepto de filosofía), sino que lo toma como la interpretación que los empleados hacen de ellos.

Sin embargo, no se podría intentar definir a la cultura organizacional sin mencionar a Schein. Su definición resulta quizás más abarcativa y completa. Así, el autor entiende a la cultura como el conjunto de presunciones básicas que representan la esencia de la organización. Bajo esta definición se pueden destacar tres niveles de cultura:

- Un primer nivel denominado **Producciones**: resulta ser lo más visible de la organización; sus recursos tecnológicos, su lenguaje oral y escrito, su espacio físico, la conducta de los miembros, etc.

- El segundo nivel conformado por los **valores** que reflejan la manera en la que deben comportarse los individuos y relacionarse entre sí.

- Por último, se encuentra el nivel de las **presunciones subyacentes básicas** que podría ser el equivalente a la jurisprudencia, es decir, la manera en la que se debe obrar teniendo en cuenta situaciones similares anteriores por las que ha atravesado la organización.

Bajo una u otra definición, la cultura se expresa como aquello que rige el accionar de los empleados, involuntariamente y dentro del ambiente laboral. Los valores y las normas surgen como elementos rectores de la cultura de una organización, pero no resultan ser los únicos dado que existen otras variables que se suman y que contribuyen a su construcción. En esta oportunidad se hará foco sólo en una de ellas: la **estructura**

La estructura podría ser definida como la manera que elige la organización para dividir su trabajo. Resulta ser la representación gráfica de dicha división. El secreto del diseño de la organización, está en escoger el más indicado para ella, teniendo en cuenta sus características, su contexto, etc.

El organigrama, para Trobar (2002), debería dejar reflejado:

Los criterios adoptados para la división de trabajo; b) el flujo de comunicación dentro de la organización (al menos el formal) c) las jerarquías formales de la institución; d) El circuito que debería recorrerse para avanzar hacia posiciones superiores, respetando la cadena de mandos. (p 66)

Diferentes tipos de estructuras dan lugar a diferentes tipos de culturas. Por ejemplo, en una *estructura alta y centralizada* los integrantes suelen poseer escasa autonomía personal y se respeta a la autoridad y las tradiciones, dado que la estabilidad es la meta primordial. En una estructura *plana y descentralizada*, las personas se muestran más valientes y poseen más libertad de elección, motivo por el cual dejan desarrollar su creatividad.

En las estructuras descentralizadas, a los líderes intermedios se les da la posibilidad de tomar decisiones. Sin embargo, esta característica presenta algunas desventajas tales como otorgar demasiada autonomía a los mandos intermedios lo que les permite tomar decisiones que resulten favorables para ellos, pero quizás no para los objetivos de la organización.

Para poder aplicar estos conceptos al caso de estudio, es necesario primero mencionar a Henry Mintzberg y su clasificación de las organizaciones en cinco categorías: Estructura simple, forma divisionaria, adhocracia, burocracia mecánica y burocracia profesional. Aquí se hará foco sólo en las últimas dos.

La burocracia mecánica, según Mintzberg, se basa en la división del trabajo para definir los pasos que integran determinados procedimientos. La comunicación aquí se realiza formalmente y la coordinación se define a partir de la estandarización de procesos. Este modelo se aplica, generalmente, en organizaciones maduras y de tamaño considerable, de forma tal que se justifique la división de tareas y su coordinación. El buen funcionamiento de la burocracia mecánica supone un contexto estable y simple.

Por su parte, la burocracia profesional también propone una división de trabajo, pero apuntado a las áreas o especializaciones. Busca lograr una estandarización de habilidades y el profesional posee autonomía y responsabilidad por sus acciones. Suele reaccionar tardíamente a modificaciones en el entorno.

Ahora bien, partiendo de ambas definiciones, Federico Trobar (2002) considera que ambas categorías pueden definir en conjunto la manera en la que se

organiza una institución hospitalaria. Por un lado, la burocracia profesional se vislumbra en la descentralización que está dada a partir de la existencia de los servicios en donde cada jefe o sector actúa como autoridad indiscutida. Por otro lado, como las organizaciones con estas características tienen otro tipo de tareas, el autor considera que se yuxtaponen ambas categorías, entrelazándose una estructura vertical y otra horizontal.

Es importante poder definir el tipo de organización al que se desea llegar, dado que eso definirá su modelo de gestión. Es decir, decidir si se va a optar por estrategias verticalistas o bien de descentralización (que, aplicado al caso de estudio, les permitiría a los médicos tomar decisiones con autonomía). De la misma forma, definir el tipo de organización en función de una planificación previa, permite anticiparse a los posibles problemas que puede traer la elección de un modelo de estructura.

A partir de Mintzberg y su clasificación, se introduce el concepto de burocracia. Originalmente, esta terminología fue empleada por Weber a principios del siglo XX (a comienzos de la Primera Guerra Mundial) para definir una manera de trabajar que observaba al hombre desde una perspectiva sistemática y mecanizada sin tener en cuenta su comportamiento y su capacidad pensante.

Desde esta misma concepción, las autoridades no ocupaban un lugar de forma legítima sino que lo hacían a través de un respaldo legal. Por otro lado, el personal que ocupara cargos operativos debía ser asignado por su idoneidad y no por los vínculos personales que pudiera tener con miembros de alto rango dentro de la organización.

Numerosos son los autores que toman esta definición para sus investigaciones. Esteban Fernández Sánchez (2010), por ejemplo, dentro de la clasificación de culturas que establece, menciona la burocracia como uno de las categorías. Cuando el autor hace referencia a la **Cultura Burocrática** establece que: “una organización con dicha cultura debería tener como preocupación a largo plazo la eficiencia y la estabilidad” (p.149)

La estabilidad, alude a la falta de prolijidad en el funcionamiento de las instituciones públicas, lo cual solicita indirectamente una definición clara de tareas, responsabilidades y autoridades. En complemento, la elaboración de procesos estándares y la coordinación por parte de los jerárquicos (que a su vez se

encarguen de establecer normas conductuales), contribuirían a opacar la informalidad con formalidad.

Por otro lado, la eficiencia es un concepto que se plantea como ideal a alcanzar, una vez que los trabajadores cumplen con su deber, respetando lo que indica el manual de procedimientos. Si ambos conceptos funcionaran como se requiere, este tipo de cultura, llegaría a estandarizar el comportamiento de los empleados y prever cualquier tipo de inconveniente.

Sin embargo, si trasladamos ese concepto a Argentina, podría decirse que, sin ahondar demasiado, el término “burocracia” es asociado automáticamente a instituciones públicas.

No se requiere conocer con exactitud sobre el funcionamiento interno de la administración pública (al menos en la provincia de Buenos Aires) para saber qué gran parte de estas características mencionadas en la descripción de Esteban Fernández Sánchez no se cumplen realmente. Es decir, como elemento principal, podríamos mencionar la rigidez de ciertos procedimientos (aunque, de todas formas, y en su gran mayoría, no están establecidos formalmente si no por el accionar de los empleados, sostenido en el tiempo) y la centralización en la toma de decisiones, que lejos de buscar la eficiencia logran entorpecer y alargar los tiempos para la obtención de resultados.

Es precisamente esta forma de trabajo la que se le atribuye al concepto de Burocracia en Argentina, y por consiguiente a los organismos que integran la administración pública.

Citando al Portal “Voces del Fenix” (s.f) en su artículo “Nuevos modelos de Gestión Pública y Cultura Organizacional” podría decirse que “la Administración pública central, posee un tipo de organización rígida y altamente burocratizada (...) que, lejos de incentivar el proceso de transformación del Estado, constituye un obstáculo para el mismo.” Allí prima, la cultura paternalista, la búsqueda de mayores ingresos, el respeto estricto por la cadena de mandos, bajos niveles de tolerancia frente a situaciones de incertidumbre, etc.

En definitiva, el concepto planteado por Weber a comienzos del siglo veinte, en un contexto de enaltecimiento del Estado, no se asociaba a la connotación peyorativa que se la agrega hoy en día. En la actualidad, las características

mencionadas resultan no solo utópicas si no ajenas a lo que conocemos como Administración Pública en la República Argentina.

Sin profundizar demasiado en el concepto de Burocracia y retomado el de cultura, es importante remarcar que no puede entenderse a esta última si no es dentro de un espacio social, político y económico determinado. En relación a esto, Esteban Fernández Sánchez en su libro “Administración de empresas: un enfoque interdisciplinar” hace referencia a la cultura como algo dinámico que evoluciona con nuevas experiencias, al igual que cambian las circunstancias. Esto da cuenta de que la organización (y por ende su cultura) se adapta al contexto o entorno en el que se encuentra.

Estos entornos pueden presentarse de manera *estable* o *dinámica*. De ser *estable*, la organización posee un nivel de incertidumbre más bien bajo y no presenta dificultades para la obtención de recursos. Sin embargo, si el entorno es *dinámico*, la organización suele optar por tener una estructura y una cultura más flexibles y funcionar con un nivel de incertidumbre mayor.

El caso de estudio de esta investigación resulta ser parte del aparato estatal en un país donde usualmente un cambio de gobierno trae aparejado políticas gubernamentales completamente opuestas, que por lo general intentan modificar la cultura de las organizaciones que lo integran. De esta forma, se parte del supuesto en el cual el Hospital San Martín, se desarrolla en un contexto completamente dinámico.

En estos casos, ya sea porque los cambios se produzcan de manera voluntaria o involuntaria, para poder difundir esta nueva cultura, los líderes deben comunicar mensajes que se adecuen a esta *nueva forma de hacer*. La comunicación de estos mensajes no necesariamente debe realizarse de forma verbal o escrita si no que puede resultar más efectiva si se consuman a través de acciones por parte de los líderes, es decir, predicando con el ejemplo, según Fredy Kofman (s.f) “un pequeño cambio en la conducta de un líder, puede enviar un importante mensaje” (p.41)

Cuando el entorno de una organización, sufre modificaciones que repercuten en su cultura, puede suceder que convivan ambas culturas (la nueva y a vieja) hasta que todos los miembros logren apropiarse de ella.

De todas formas, en las organizaciones, por más que intente evitarse, nunca habrá solo una cultura. Es decir, por un lado, encontramos la que domina que es precisamente la que está conformada por los valores fundamentales que comparten la mayoría de los miembros de la organización y que se difunden generalmente a través de mensajes institucionales. Por otro lado, encontramos las subculturas que se desarrollan para reflejar problemas o situaciones comunes entre los compañeros.

En conclusión, todas estas definiciones de cultura, son las que conforman la visión que se tendrá en cuenta en el presente trabajo, tomando el concepto como un proceso que nunca acaba de construirse y que depende pura y exclusivamente de quienes integren la organización, es decir, de su público interno.

Cuando se habla de **públicos** de la organización, se toman las ideas de Capriotti (2009) nuevamente, porque los define como “aquellos individuos o grupos de personas que están unidos por un interés común en relación con la organización, y no a la totalidad de los grupos de una sociedad. Estos públicos se establecen o conforman, a partir del vínculo que puedan llegar a tener con la organización, generado desde las acciones que realiza la institución sobre los públicos o viceversa.” (p. 70)

Estos públicos, más allá del interés que puedan llegar a tener con la institución, pueden ser de carácter interno o externo. Para dicha investigación, solo se reparará en el público interno, concepto que seguramente terminará siendo más claro y preciso cuando se aborde la comunicación interna.

Sin embargo, la descripción que precede a la palabra público, en este caso da cuenta de que se trata de los integrantes de la organización, es decir, sus empleados, sin importar la jerarquía que tengan.

Se entiende a estos empleados como, constructores tanto de la propia cultura de la organización, como así también de su imagen (tanto hacia afuera como hacia adentro). Esta descripción, es necesaria para entender lo importante que es atender en primera instancia a los integrantes de la institución (y posibles clientes de la misma) para definir una línea de acción que pueda ser replicada coherentemente hacia el público externo en una etapa siguiente.

En palabras de Bustamante.E, (2013) aplicados a organizaciones de la salud, la importancia de atender primero al empleado, radica en que “Son ellos quienes necesariamente tienen un contacto directo con los usuarios externos, contacto en que transmiten sus motivaciones, convicciones y sus expectativas en cuanto a la realidad organizacional” (p.81)

Ahora bien, si la investigación estará centrada en el público interno, resulta importante optimizar la gestión del capital humano de la organización, lo cual necesita del compromiso y la implicancia de sus miembros, independientemente del cargo o la responsabilidad que tengan. Para lograr esto, es fundamental hacer un buen uso de la **comunicación** hacia dentro de la institución.

Históricamente, se ha hecho mención a este concepto como un proceso dinámico en el que se comparte información entre los miembros que integraban dicho circuito. Con el paso del tiempo comenzó a entenderse que este proceso no era una simple emisión de información de una persona hacia otra, si no que era necesario un feedback o retroalimentación de la/las otra/s partes para que el circuito verdaderamente se completara.

Sumado a esto se agregaron conceptos complementarios como canales (transmisores del mensaje), ruidos (elementos que pueden llegar a impedir que el mensaje llegue correctamente) codificación y decodificación, y contexto en el que se enmarca dicha comunicación, qué complejizaron la definición original.

Estos son algunos de los elementos que se fueron incorporando a esta definición y que permitieron entender a la comunicación como un proceso mucho menos abstracto del que en un principio se creía que era.

En el libro “Administración, un enfoque basado en competencias” (2008) se hace mención de la comunicación como “un proceso dinámico de tomar y dar que implica tanto recibir mensajes que envían otras personas como enviar mensajes a otras personas. El proceso implica hablar, escribir y también escuchar, observar el lenguaje corporal y captar las señales sutiles que las personas utilizan en ocasiones para modificar el significado de sus palabras” (Hellriegel, Jackson y Slocum. p.15)

Esta definición engloba gran parte de los elementos mencionados anteriormente, pero en especial hace alusión a que incluso lo que usualmente creemos que no dice nada, también comunica.

En el marco de una organización, la comunicación se puede convertir en un instrumento de creación de un lenguaje común para toda la empresa, es decir, su vector.

La comunicación en sí misma es un concepto muy amplio que engloba muchas cuestiones. Como punto de partida se puede identificar una comunicación hacia afuera de la empresa y otra hacia adentro.

Por mucho tiempo, la comunicación hacia el exterior de la organización (o comunicación Externa) fue la más atendida por los Gerentes o Directores. Era considerada prioritaria, entendiéndose siempre que la imagen que los clientes o potenciales clientes podían llegar a tener, era lo primero que se debía atacar.

Más tarde, la comunicación hacia adentro de la organización, comenzó a cobrar sentido y a ser más considerada por sus miembros. Seguramente, su mayor relevancia respondió a la exigencia de satisfacer una necesidad latente en las personas que formaban parte de la institución. Esta necesidad, se traducía directamente en mayor satisfacción laboral, acceso a la información relevante de la organización y aumento en la participación dentro de la misma.

Así, la **comunicación interna** que trata de contar a la organización lo que la propia organización está haciendo, comenzó a entenderse como “los procesos y procedimientos que transmiten informaciones o mensajes en el interior de la organización” (March Cerdá; Pajares Conde, y Gómez Martínez.1997. p. 232)

Horacio Andrade (2005), por su parte, define a la comunicación interna como “el conjunto de actividades efectuadas por la organización, para la creación y mantenimiento de las buenas relaciones con y entre sus miembros, a través del uso de diferentes medios de comunicación que los mantengan informados, integrados y motivados para contribuir con su trabajo al logro de los objetivos organizacionales”. (p.17)

De las múltiples definiciones de comunicación interna que pueden hallarse, la mayoría coinciden en que la buena gestión de esta herramienta, no sólo permite construir la identidad de la empresa y trasladársela a los empleados, sino que además permite generar un buen clima de confianza y motivación. Un empleado bien informado, que tiene conocimiento de los objetivos que persigue la organización, y de la tarea que debe realizar, es probable que se manifieste a través de una actitud positiva que se traduzca en un mejor rendimiento y en buen clima laboral.

Una buena comunicación interna, debería poder involucrar a todos sus miembros, generar compromiso, participación activa y fomentar el trabajo en equipo para obtener en conjunto las metas propuestas por la organización, aumentando su productividad.

Por otro lado, debería garantizar los canales adecuados que faciliten el diálogo entre las diferentes áreas y prever la instancia evaluatoria que les permita cerciorarse de que la información ha sido enviada, recibida y comprendida correctamente por los empleados.

Tomando a estos últimos como un factor fundamental para el correcto funcionamiento de la organización, y teniendo en cuenta que la información se traduce en poder, es muy importante mantener actualizado al público interno no solo de las novedades positivas que involucran a la organización sino también de las negativas.

Cabe aclarar, que los empleados de una institución no solo son integrantes de la misma, sino que además son clientes. Es por eso que resulta sumamente importante mantener una comunicación externa que resulte coherente con los mensajes que se emiten hacia el interior de la organización.

Borrini (1997) en su libro "Comunicación Interna. Herramienta estratégica de gestión para las empresas" lo define de la siguiente manera: "Los empleados son el primer público de la empresa y, en consecuencia, ningún programa de comunicación externa puede prosperar de manera permanente a menos que comience por convencer a los que comparten el mismo techo" (citado por Morales Serrano, s.f. p.2)

La imagen que los empleados puedan tener de la empresa en la que trabajan resulta sumamente valiosa hacia el exterior, dado que se convierte en una visión confiable e irrefutable por el simple hecho de pertenecer a la institución. En resumen, podríamos decir que la comunicación interna es la instancia previa a la comunicación externa.

Los mensajes que se emiten dentro de la organización entre dos o más personas, con intermediarios en el circuito, generan lo que denominamos una red de comunicación. Esta red puede darse entre algunas personas de una organización o bien entre todos los miembros que la integran.

La extensión de la red y su fuente de emisión, puede estar determinada por diferentes factores, entre ellos: el rol de las relaciones, la dirección del flujo y el contenido de los mensajes.

Estas redes, según su dirección y emisor, pueden ser clasificadas en: ascendentes, descendentes, horizontales y transversales

- **Descendente:** Es el tipo de comunicación formal más básico y más utilizado. Surge de los altos mandos de la organización y su principal objetivo es implantar la cultura transmitiendo la información necesaria, en el tiempo y modo correctos. Por otro lado, busca reducir la incertidumbre del rumor y asegurarse de que todos conozcan y comprendan los principios y metas de la organización. Si este tipo de comunicación estuviera bien empleada, se debería lograr credibilidad y confianza sobre los empleados.

Es importante no abusar de estos canales para no confundir a quienes reciben los mensajes por estos medios.

- **Horizontal:** Es aquella comunicación que se produce entre empleados de la misma jerarquía.
- **Ascendente.** Es la comunicación que nace en la base estructural de la organización y se dirige hasta los cargos de mayor jerarquía. Resulta útil para obtener un feedback sobre problemas de la organización que son necesarios conocer para tomar decisiones. Por otra parte, este tipo de comunicación, permite saber si el mensaje enviado desde la cúpula estructural ha sido recibido correctamente.
- **Transversal:** Es aquella que permite configurar un lenguaje común para todos los miembros de la organización. Este tipo de comunicación se vio favorecido por la evolución de las estructuras que fomentaron la comunicación horizontal y transversal debido al carácter participativo que se desea implantar en las organizaciones. Esta nueva forma de comunicar requiere de un papel más activo de los líderes (ya sean naturales o designados) y de sus habilidades para comunicarse.

Todas estas formas de comunicar, utilizan canales que sirven como vías o soportes de los mensajes que se emiten de cualquiera de las partes que conforman un circuito. En una organización, ambos coexisten y se complementan para que la

comunicación sea efectiva. De todas formas, en ocasiones, la convivencia de ambos tiende a convertirse en un ruido que impide conducir ordenadamente el mensaje.

Por un lado, los **canales formales**, “transmiten mensajes oficiales configurados por la organización. Son medios reconocidos y atraviesan a toda la institución tanto de forma vertical como horizontal.” (Arlcorta y Martinian, 2004, p.38). Sin embargo, en la mayoría de los casos la comunicación efectuada por estos canales no sacia la demanda de información de los empleados y es aquí cuando acuden a los canales informales.

Los **canales informales**, “se generan a partir de las relaciones sociales que se desarrollan a través de una comunicación no oficial entre los miembros de la organización y representan una parte importante de toda la comunicación que se genera. Estos canales, son funcionales y contribuyen a la eficacia de la organización para alcanzar sus objetivos. Se origina espontáneamente, no están controlados, generalmente no pueden ser influenciados y su motivación mayor se da por el interés personal del individuo.” (Benabides, por Alcorta y Mantian, 2004.p.38) Suelen ser más veloces y pueden resultar muy útiles si son manejados estratégicamente por los altos mandos.

Los canales informales, no tienen que ser vistos como algo negativo necesariamente. De hecho, si los altos mandos entendieran cómo sacarle provecho a esta herramienta, se podría fortalecer la cultura de la organización y corregir mensajes oficiales que hayan resultado ambiguos o deficientes.

Cualquiera sea la manera que se escoja para comunicar, la información que reciba el empleado debe ser relevante, suficiente, confiable y oportuna para que pueda desempeñarse correctamente en su función. Por su parte, Horacio Andrade, sostiene que la necesidad de información de los empleados de una empresa puede ser clasificada en las siguientes categorías:

- Información general sobre la empresa: La cultura, los objetivos y metas de la organización; su estructura, los eventos, historia, producto o servicio que ofrece.
- información necesaria para el trabajo: políticas, procesos internos, distribución de tareas, cambios en la estructura, programas de capacitación, decisiones importantes, etc.
- Información sobre condiciones de trabajo: prestaciones y beneficios, licencias, seguridad e higiene, etc.

La definición de Comunicación Interna y todo lo que ella conlleva, ha dejado claro que, para ser gestionada de la manera correcta, necesita de la formulación de un Plan Comunicacional que establezca objetivos, fije estrategias y diseñe soportes y metodologías para ponerlos en práctica. Este plan comunicacional, surge de un diagnóstico previo que no solo releva las herramientas con las que se cuenta y los mensajes que se comunican, sino que además permite vislumbrar los puntos débiles y fuertes de la organización en esta materia.

Hasta el momento, la investigación ha quedado circunscripta a conceptos individuales que nada los enlaza aún. Sin embargo, en reiteradas ocasiones, se ha mencionado qué no son estas definiciones aisladas las que interesan para este trabajo, si no las mismas aplicadas a la salud.

3.2- Definición de salud a lo largo del tiempo

Cuando hablamos de salud, tomamos la definición que realiza la Organización Mundial de la Salud, que, en la actualidad, hace alusión no sólo a la “ausencia de enfermedad, sino también al estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad”.

Para llegar a la definición de salud que actualmente se conoce, el concepto ha ido sufriendo variaciones a lo largo del tiempo, repercutiendo de manera directa sobre la concepción del paciente.

Hasta finales del siglo XIX, la salud era entendida como ausencia de enfermedad, por lo tanto, se lo vinculaba directamente a algo negativo, abocándose solo al aspecto biológico de la persona, es decir, comprendiendo al organismo como portador de bacterias, virus, etc.

Esta manera de considerar a la salud, se encuadraba bajo el modelo biomédico que tomaba al cuerpo y la mente como dos elementos desasociados que funcionaban de manera independiente. Por consiguiente, esta concepción, trajo aparejado dos únicas acciones posibles dentro del sistema de salud: el diagnóstico y el tratamiento, apuntando exclusivamente al aspecto físico de la persona. Este

modelo, comenzó a entrar en crisis a partir de las críticas de deshumanización y racionalidad que se le atribuían.

Más tarde, a mediados del siglo XX, la OMS comenzó a asociar el concepto de salud al estado de bienestar físico, mental y social, integrando las dimensiones física, psicológica y social de la persona. Esta concepción, denominada biopsicosocial, buscaba contemplar todos los factores que podían desencadenar en una enfermedad; en palabras de Gordis, citado por Vergara Quintero, María del Carmen (2007) en la revista “Hacia la Promoción de la Salud”:

“Es clara la necesidad de un encuadre teórico que considere como agentes nocivos no solamente los físicos, químicos o biológicos, sino que también incluya el ruido, la fatiga de avión, el estrés ocupacional, la violencia doméstica, la falta de amor paterno o materno, los conflictos sexuales, como factores perniciosos para la salud” (p.42)

Así, la visión del paciente dejó de estar circunscripta a la de un simple portador de patologías y comenzaron a tenerse en cuenta muchos otros factores que repercutían directamente en la salud de las personas.

De todas maneras, no es precisamente el concepto de Salud por si solo lo que resulta relevante en esta investigación, si no el mismo entendido como una prestación del Estado que adquiere carácter público. Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, el contexto es determinante en una investigación, motivo por el cual se hará foco en la Salud pública y en su funcionamiento dentro de la República Argentina.

3.3- El sistema de salud pública en Argentina

Un sistema de salud, surge de la articulación de tres factores: La política (modelo de gestión), la economía (modelo de financiación) y la técnica (modelo de atención).

El primer punto, hace referencia a los aspectos que tomará como prioritarios el gobierno de turno. En función del modelo de gestión, la economía se verá afectada directamente dado que se invertirá más en aquellos puntos en los que se decidió hacer foco. De aquí debe definirse cuánto debe gastar el país en salud, de donde provendrán los recursos y como serán asignados.

Por último, el modelo de atención define qué tipo de acciones y servicios se deben prestar a la población, a quienes abarcarán, donde podrán ser atendidos, etc.

Ahora bien, en Argentina, el sistema de Salud, está conformado por tres subsectores: El sistema público, el sistema privado y el sistema de Obras sociales. Conocerlos y entenderlos, nos permite tener una visión general del escenario y de los actores que intervienen.

Cada uno de ellos posee públicos objetivos diferentes, brindan servicios distintos y mantienen fuentes de financiación diversas. Más allá de que resulta importante considerar la coexistencia de ellos tres, puntualmente en esta investigación, se hará foco en uno de ellos: El Sistema Público.

El Sistema Público, se fragmenta, a su vez, en Nacional, Provincial y Municipal. Nuevamente, aquí solo se reparará en el sistema de Salud Público Provincial.

“La estructuración de un sistema de salud público pretende dar una respuesta organizada a los problemas que se presentan en la sociedad cumpliendo tres funciones principales: la provisión de servicios, la financiación y la gestión” (Paez, 2011).

En otras palabras, la salud pública se encarga de proveer un servicio gratuito a todas las personas que lo soliciten, sin importar su nacionalidad, si poseen o no seguro social o privado y su capacidad de pago. Hablar de gratuito cuando se hace alusión a servicios del Estado es simplificar la explicación, pero para referirse con propiedad, cabe destacar que el dinero utilizado surge de impuestos que todos los ciudadanos deben abonar periódicamente.

A nivel Nacional, el Ministerio de Salud, es la máxima autoridad en el rubro. Sin embargo, debido al modelo federal que rige el funcionamiento del país en varios aspectos, cada provincia tiene la potestad de regular de manera autónoma las políticas y servicios de salud. Esto hace que los lineamientos que puedan surgir del poder nacional sean solo indicativos y que la decisión de adherirse o no (de las provincias) dependa de la coincidencia ideológica en términos políticos.

Actualmente, los hospitales funcionan de manera complementaria con Centros de Atención Primaria. En su página oficial, el Ministerio de Salud de la Nación, define a estos centros como “el primer nivel de servicios para prevenir y

reducir los riesgos de enfermedad y las inequidades regionales, que permiten extender el sistema sanitario hasta los hogares y conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación entre el individuo, su familia — con sus saberes y cultura— y la medicina científica”. Estos centros, suman alrededor de siete mil en todo el país y se convierten en el primer contacto con el sistema de salud encargado, no solo de proveer asistencia médica, si no también medicamentos esenciales, tratamientos de enfermedades específicas, y ofrecer actividades de prevención y promoción de la salud.

El gasto en salud pública en la República Argentina es un número sumamente fluctuante, que varía según el gobierno de turno y las prioridades que tengan en su modelo de gestión. De todas formas, independientemente del porcentaje invertido, las políticas apuntadas a la satisfacción del empleado y la comunicación interna no han sido las más atendidas. En materia de comunicación, se han podido ver, en su gran mayoría, campañas de prevención o difusión de nuevas medidas, apuntadas siempre al ciudadano, es decir, al público externo.

3.4- Comunicación en salud

Una concepción tradicional de la comunicación aplicada en la salud pública sostiene que “la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud” (Casanova, 2002).

Esta idea, circunscribe a la comunicación en salud hacia afuera de la institución, haciendo a un lado a la comunicación interna. Es sabido que la atención de esta última en las instituciones sanitarias es relativamente reciente y surge a partir de la propuesta de Hospitales Humanizados que a continuación se mencionará. Esto se traduce a: para poder brindar un buen servicio y una buena imagen al exterior hay que reparar primero en los empleados de la organización, su nivel de satisfacción laboral, el clima en el que trabajan, etc.

La comunicación interna, aplicada a las instituciones sanitarias, sostiene que “la organización hospitalaria debe ponerse al servicio del usuario considerando al enfermo como centro y objetivo de la atención hospitalaria. Sin embargo, es casi

imposible esperar una buena relación del personal del hospital con los usuarios si ya se parte de una degradación de las propias relaciones internas.” (Cerdá y Martínez, 1997, p.232)

Así, desde la comunicación hospitalaria, volvemos a la idea mencionada sobre la importancia de atender primero al público interno, entendiéndolos como los primeros que transmiten una imagen de la organización.

En palabras de Aguerrebere (2012) “En el ámbito hospitalario, la comunicación interna adquiere un valor estratégico ya que influye de modo positivo en los empleados (público interno), en los pacientes (público externo) y en la institución en su conjunto.” (p.24)

Además de ser utilizada para aumentar la satisfacción laboral y el nivel de compromiso de los empleados, la comunicación interna, debería emplearse en el marco de una institución que funciona con un gran número de profesionales de distintos rubros, perfiles y funciones que en ciertos casos deben trabajar en equipo para resolver problemáticas de salud de los pacientes.

Según Carmen Costa Sánchez (2011), “Incorporar a la comunicación en las instituciones sanitarias como una de las prioridades, podría lograr que el hospital sea mejor entendido y valorado” (p.14) (tanto a nivel interno como externo).

Por otro lado, según la revista Metas de Enfermería, “La comunicación tiene un papel fundamental en los procesos de salud y enfermedad de la persona, de modo que cualquier profesional sanitario debería aprender a comunicarse. Una buena comunicación permite conocer las necesidades de información del paciente y sus preocupaciones, así como el nivel de comprensión de su proceso” (Cabeza, 2012)

Según la Revista Mediterránea, la comunicación interna hospitalaria posee cuatro características:

1) La primera menciona que la comunicación se realiza **entre empleados** o entre **empleado-paciente**, teniendo en cuenta que este tipo de organizaciones posee un gran número de integrantes en contacto directo con los pacientes.

2) La segunda hace referencia al retorno del mensaje. Es decir, qué es necesario obtener un **feedback** o retorno del mensaje que se transmite. Esta característica, es inherente a la concepción actual que se posee de la comunicación interna lo que no lo hace menos importante si lo aplicamos a este tipo de instituciones.

3) La tercera característica de la comunicación en estas organizaciones, es qué contribuye a brindarle un **mejor servicio** al paciente. Esto nos permite volver, una vez más, a la idea de mantener informados a los empleados para lograr una mayor satisfacción laboral qué se refleje en una mejor atención al paciente.

4) Por último, la comunicación posee una **función económica**. Si reducimos el uso de la comunicación interna a un aumento de la satisfacción laboral qué trae consigo un mayor rendimiento de los empleados y una mejor atención, la cadena podría terminar en un resultado qué se refleje en términos económicos qué le dé mayor redituabilidad a la organización.

Ahora bien, por lo general siempre que se define a la comunicación interna se hace en el marco de una institución privada. Es por eso que las definiciones que puedan surgir, dirigidas al Estado y las instituciones que lo integran, son más escasas.

Las instituciones de la salud que son administradas por el Estado no pueden ser entendidas del todo si no es teniendo en cuenta su contexto. Esto delimita no sólo la manera en la que es vista y considerada por el público (tanto interno como externo) si no también los mensajes que emiten y la formas de comunicarlos.

De esta forma, el contexto no solo se remite a entender el gobierno vigente si no el modelo de gestión y las políticas que afectan directamente al funcionamiento del hospital. Por otra parte, el contexto también hace a las particularidades que se visualizan a nivel país y se repiten en la provincia con la falta de continuidad de ciertas políticas.

Un estudio realizado por la Subsecretaría de Planificación de la Salud, del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires en los años 2013 a 2015, dejó expuesto uno de los principales problemas del servicio: la necesidad de mejorar y fortalecer los espacios destinados a la comunicación interna y externa dentro de los hospitales públicos bonaerenses.

La mayoría de los hospitales públicos no cuentan con un área específica de comunicación dado que se las reemplaza por comités o subcomités que se encargan de realizar la actividad propia de la comunicación institucional.

De alguna forma, la ausencia de estos espacios, dan cuenta de qué esta temática no ha sido considerada prioritaria por los sucesivos gobiernos. Quizás por falta de planificación o por escases de recursos, como sea, una carencia

subestimada y arrastrada con el paso del tiempo, qué recién en la actualidad, está siendo atendida por profesionales y como parte de la gestión estatal.

3.5- Hospitales Humanizados

Si retomamos el concepto evolutivo de salud, qué comenzó teniendo una connotación negativa para pasar a revertirse con el paso del tiempo, es importante mencionar a los hospitales, y observar como esta visión pudo haber repercutido en la imagen qué se ha tenido de ellos desde sus orígenes.

La creación de estas instituciones a fines del siglo XVIII instaló la modalidad de visita y observación periódica de una persona con problemáticas relacionadas a la salud, por lo que eran considerados como algo negativo, asociado directamente a la muerte.

Más adelante, con la evolución del hospital como *tecnología moderna*, se lo comenzó a ver como un espacio de perfeccionamiento, estudio y formación de futuros profesionales del rubro.

Sin embargo, en los ciudadanos, no es esta la idea instalada. En ellos prima la creencia del mal trato desde el interior del hospital hacia los pacientes, es decir, la deshumanización, según lo indica Carmen Costa Sánchez (2011) en su libro “La comunicación en el hospital. Gestión de la comunicación en el ámbito hospitalario”.

Este planteo por parte de los principales usuarios de la institución (los pacientes) debería ser el punto de partida para intentar revertir la situación. El ciudadano, en los últimos tiempos, ha ido teniendo mayor protagonismo convirtiéndose en el eje de estas organizaciones. La clave está en observar, evaluar y repensar la relación médico- paciente o, desde una mirada más fría y mercantilista que no se asocia a los hospitales públicos, “hospital-cliente”

En el año 2001, la RAE definió a los hospitales como “establecimientos destinados al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practica también la investigación y la enseñanza” (citado por Aguerrebere, 2012). Desde aquí comenzaron a tener importancia otras cuestiones que iban más allá de los conocimientos profesionales y las habilidades de los empleados por atacar los problemas que se les presentaban. Estas otras cuestiones, reparaban en el trato

con el paciente, la manera en la que se les informaba las cosas, la empatía por el otro, entendiendo la diversidad cultural con la que se podían llegar a enfrentar (idiomas, religiones e ideologías distintas).

Todos estos factores intangibles, comenzaron a ser tenidos en cuenta cuando notaron que influían tanto en la calidad del servicio que se brindaba desde los hospitales hacia los pacientes, como en el funcionamiento directo de estas instituciones.

Más tarde, a nivel mundial, esto se tradujo a la tendencia de “Hospitales Humanizados”, un concepto que, Según el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, apunta a una humanización por parte del empleado de la institución hospitalaria.

“Humanizar implica relación, contacto, consideración del usuario como persona, no como problema fisiológico o como enfermedad. Humanizar requiere escuchar, dialogar, **comunicarse**” (Costa Sanchez, 2011, p.14). Por su parte, Marta Solé, coordinadora del plan de atención al ciudadano y trabajo social del Hospital Vall d’Hebron, considera que “El concepto de humanización está íntimamente ligado con la calidad. (...). Se debe lograr una atención integral de las necesidades de los pacientes y sus familias, para hacer más cercana y humana su estancia en la institución sanitaria” (García Morales, 2016)

Esta propuesta, incipiente aún en Argentina, se ha comenzado a implementar a partir de una deshumanización en el sector hospitalario que se ha llevado adelante por años en donde se dejó cada vez menos espacio para la comunicación interpersonal planificada y orientada a los distintos públicos.

4- METODOLOGÍA

Para realizar dicha investigación se utilizó la metodología cualitativa que consistió en realizar entrevistas semi estructuradas a distintos miembros que ejercieron o ejercen en la actualidad sus funciones dentro de la organización estudiada.

Del universo representado por el Hospital San Martín de la Ciudad de La Plata de la Provincia de Buenos Aires, y teniendo en cuenta que en dicha investigación se hará especial foco en el proceso de compras, y en la relación Médicos-personal administrativo, se decidió tomar de muestra a los siguientes actores: siete médicos residentes de distintos servicios, cuatro médicos de planta, cinco jefes de servicios, dos Directores, el Administrador del hospital, dos miembros del área de compras, un integrante del departamento de Comunicación, un integrante del Comité de Gestión de personas, que a su vez pertenece al área de finanzas del hospital, el encargado del depósito, tres residentes en administración hospitalaria y un miembro del sector de administración del Hospital. Todos ellos suman un total de veintiocho personas entrevistadas.

La elección de estos actores, se debió principalmente al foco de estudio de esta investigación: El proceso de compras y la relación Médicos (de guardia o residentes)- Sector Administrativo.

Si bien la organización cuenta hoy en día con alrededor de setenta servicios, se escogieron solo cinco para entrevistar a sus jefes de servicios: Luis Medesani (Cardiología), Elisa Estenssoro (Terapia Intensiva), Alfredo Hernández (Neurocirugía), Fernando Rodrigo (Clínica médica) y Claudio Gamoneda (Hemoterapia). La gran mayoría de ellos representan un importante porcentaje en la demanda de insumos de partida dos (es decir, productos descartables). Otros, sin embargo, se escogieron para estudiar la misma situación en servicios donde la demanda era menor.

La elección de los médicos de planta y residentes, no fue tan argumentada. Si bien se intentó recabar opiniones de distintos servicios que pudieran dar cuenta de las diferentes formas de gestionar que existen en el hospital, la selección de estos actores se llevó adelante por una cuestión de cercanía.

Así, al momento de escoger a los residentes para las entrevistas, se tomaron integrantes de los servicios de Terapia Ocupacional, Clínica Médica, Reumatología, Terapia Intensiva y Psiquiatría. La visión que pudieran tener ellos de la organización, como así también sus funciones dentro de ella, dista de los otros actores. Dentro del sector médico, se acepta el hecho de que sean los residentes quienes sostienen el hospital en “atención del paciente”, sumado a esto son quienes más tiempo pasan dentro de la organización, en relación a otros miembros del mismo sector. Es por eso que resultaba tan valiosa su opinión.

A ellos se sumaron médicos de planta de Traumatología, Farmacia y Neurocirugía (que previamente habían sido residentes, también) con jerarquía intermedia en relación a los dos actores mencionados (jefes de servicios y residentes).

Por otro lado, también se entrevistó a Alberto Hurban, el Director General del Hospital que desde hace más de dos años ejerce como tal y a Hugo Pires, uno de los cinco Directores asociados.

Fuera de Los Servicios y de la cúpula directiva, se escogieron actores del área administrativa de la organización, entre ellos:

- Juan Pablo Hernández el administrador del hospital y Jefe del Departamento de Administración que ejerce en dicho cargo desde hace cerca de tres años.
- Sebastian Zavala encargado del depósito general del Hospital.
- Ariel Zarate y Marianela Caceres Integrantes de la Oficina de Compras
- Veronica Fariña del Departamento de Comunicación del Hospital.
- Carolina Hanh Miembro del Área Administrativa
- Valentina Vazquez; Cristian Delgado Aguilera y Eugenia Bravo residentes en administración.
- Cynthia Gartner Matano integrante del Comité de Personas del Hospital.

La información se obtuvo a partir de entrevistas presenciales compuestas por preguntas abiertas que, si bien poseían el mismo objetivo, estaban orientadas de diferente manera en función del rol que ocupaba el actor a entrevistar, dentro de la organización.

La observación, también fue parte de la metodología empleada, principalmente para recabar aquella información que no quedaba plasmada en palabras de los integrantes del hospital y si se vislumbraba a través de las vivencias.

Esta observación no fue participativa, se mantuvo ajena a las actividades que se desarrollaban en la organización, de manera tal que pudiera detectar con fidelidad, lo que sucedía dentro del hospital.

Sumado a esto, se realizó una investigación bibliográfica sobre casos de comunicación en instituciones sanitarias, especialmente en España. El análisis de esta información se realizó en el marco de la presente tesis orientada a la comunicación interna dentro de hospitales, por lo que se tomaron definiciones que pudieran resultar útiles para lo anteriormente expuesto y casos que fueran de gran ayuda para comparar con la situación que actualmente se observa en la Organización elegida.

5- ANÁLISIS DE ENCUESTAS

Las entrevistas realizadas, dieron como resultado una serie de conclusiones que a continuación se detallarán:

➤ Exceptuando al Director Ejecutivo del Hospital, el resto de las personas entrevistadas coinciden en que la **comunicación interna dentro de la organización es escasa o nula**. Los encuentros con los distintos miembros de la institución, dejaron en evidencia la falta de herramientas comunicacionales que abarquen a la totalidad de los empleados y a través de las cuales se comuniquen cosas importantes sobre la institución, principalmente buenas noticias que involucren a los miembros de la misma.

El hospital San Martín está conformado por 2600 miembros, culturalmente muy diversos y con funciones completamente distintas entre sí. Sumado a eso se trata de una organización que está constantemente en funcionamiento las 24hs del día, por lo que no bastaría con utilizar un solo medio de comunicación para cubrir la demanda de información de los distintos sectores.

Casi en la totalidad de las áreas relevadas, queda en evidencia la falta de herramientas formales de comunicación. En la gran mayoría, prima la informalidad y la comunicación *cara a cara*. A pesar de esto, con la gestión nueva que asumió la dirección hace poco más de dos años, la comunicación dentro del hospital se volvió mucho más abierta, respondiendo, así, a las solicitudes de los mismos empleados.

A diferencia de los directores predecesores que utilizaban, según recuerda el actual Director Ejecutivo, con gran rigurosidad la formalidad para recibir todo tipo de consultas o reclamos por parte de sus miembros, los directores actuales buscan empatizar con los empleados, mostrándose más accesibles y receptivos. Para ello, plantean un régimen sin agenda que sea permeable a recibir en su despacho a quien los solicite espontáneamente.

➤ Respecto a aquellas áreas destinadas a mejorar el funcionamiento operativo del hospital (Ejemplo: Personal, comunicación y Comité de Personas) se vislumbra (y a la vez es destacado por miembros de estos sectores) la falta de trabajo mancomunado. Si bien existen situaciones en la que el intercambio de información y

el trabajo en conjunto se lleva a cabo, estas se realizan de manera esporádica o a partir de la demanda de una situación en particular y no de forma programada y estipulada por un procedimiento que determine las circunstancias en las que estas áreas deberían trabajar en conjunto.

➤ Una cuestión que surgió explícitamente en algunos sectores y de forma tácita en otros, fue **la falta de estandarización de procesos** que regulen el funcionamiento del hospital para circuitos diarios. Esta carencia es algo que afecta transversalmente a todo el hospital y que Ariel (miembro del área de compras) resaltó con vehemencia, dado que la **falta de definición de las misiones y funciones**, conduce a que cada empleado trabaje como él considera que es mejor, incluso distando de aquellos compañeros que realizan las mismas tareas dentro de su área.

La consecuencia de esta falta de definición genera roles difusos y una mala distribución de tareas que conduce a la falta de aprovechamiento de las capacidades de los empleados (ya sea por exceso de responsabilidades, en aquellas personas con iniciativa, como por escasez de actividades, para aquellos con poca voluntad de trabajo).

➤ Otro dato muy importante que surge de las entrevistas es la **disparidad e independencia** que existe **entre cada uno de los servicios** dentro del hospital. Esta característica es vivenciada por quienes integran cada uno de los servicios y padecida por el sector administrativo al momento de tener que interactuar con ellos.

De esta manera, el hospital funciona, según uno de los entrevistados, como un conjunto de *sectas* en donde cada servicio establece y funciona bajo sus propias reglas, emitidas por el jefe de turno. Esto refleja el caos que se vive dentro del hospital, donde la **cultura** se caracteriza por ser, en verdad, un **conjunto de subculturas**.

Como segunda conclusión, según Hugo Pires, esta independencia también refleja el **individualismo** existente en cada servicio, dado que al delimitar sus reglas de funcionamiento no lo hacen pensando de manera integral y entendiendo que ellos se encuentran inmersos en un espacio que interactúa con otros sectores, sino que lo hacen pensando en su propio bienestar sin importarles las necesidades de otros servicios.

La totalidad de los entrevistados, reconocen fácilmente esta forma de funcionamiento y entienden que la misma impide darle unidad a la institución, por ejemplo, para emplear herramientas comunicaciones integrales. A pesar de esto, todos, incluso el Director del hospital, entiende que es difícil romper con esta metodología de trabajo porque históricamente este y otros hospitales públicos se han manejado de esta forma.

Esta manera de operar se ve influenciada por la burocracia profesional, un concepto que se encuentra presente dentro del hospital y que refleja como aquellos que tienen a cargo un equipo, poseen los conocimientos profesionales, pero no los necesario para gestionar correctamente.

➤ A nivel general, algo que se repite en cada uno de los servicios es el **verticalismo** a nivel operativo y comunicacional, respetando siempre la cadena de mandos. Sin embargo, el caudal y las vías las delimita cada Jefe. En algunos servicios la existencia de herramientas formales contribuye a que el flujo de comunicación sea algo cotidiano (como, por ejemplo, el servicio de farmacia). En otros, sin embargo, la falta de herramientas es anhelada por los mismos médicos residentes o de planta que trabajan diariamente y consideran necesarias estos instrumentos para mejorar la comunicación (como por ejemplo en Neurocirugía y clínica).

➤ Otra de las necesidades que pudo vislumbrarse a partir de las entrevistas, es la **falta de conocimiento sobre otros sectores o áreas** que poseen la mayoría de los empleados. En los médicos, esto se refleja a través del desconocimiento de las funciones de otros servicios, lo que trae como consecuencia, solicitudes mal orientadas, pérdida de tiempo y problema con soluciones dilatadas. En el sector administrativo esto conduce a que cada empleado se aboque únicamente a su tarea y no conozca lo que hay más allá de ella si no es por su propia iniciativa.

Esto refleja la necesidad de **incorporar un proceso de inducción** en el que se les explique a los ingresantes, cómo está compuesto el hospital, tanto en términos edilicios como operativos. Según los entrevistados, la inducción que reciben al ingresar se circunscribe a la propia del servicio al que pertenecen (por lo tanto, su formalidad y rigurosidad dependerán de las reglas que establezca el Jefe del

mismo) pero no se les informa sobre los procesos internos que existen, la funcionalidad de los distintos servicios, etc.

La información que deberían recibir al ingresar, la reciben fragmentada diariamente en el transcurso de su inserción laboral, es decir, de manera informal día a día. Esto trae como consecuencia una falta de aprovechamiento de recursos (humano y tiempo) que se traduce (según los entrevistados) en falta de motivación, y en algunos casos duplicidad de trabajo entre compañeros, etc.

La existencia de un proceso inductivo, completo, claro y progresivo evitaría dejar supeditado el conocimiento sobre el hospital a la voluntad del empleado, brindándoles a todas las mismas herramientas desde el comienzo.

➤ Dentro del sector administrativo se localizó un gran inconveniente: los empleados con mayor antigüedad en el hospital. En cualquier organización, estas personas con vasta experiencia podrían ser consideradas sumamente valiosas, sin embargo, en el hospital San Martín, estas dos ideas no conviven juntas.

El ejemplo más claro es el departamento de compras, algunas de las personas entrevistadas, sostienen que **quienes más antigüedad tienen allí dentro son siempre las más reticentes a la implementación de nuevos métodos, herramientas o reingeniería de procesos**. De la misma forma son las que no sólo no contribuyen si no que entorpecen la aceptación de nuevos compañeros en el área (lo que los conduce a aprender del funcionamiento interno por sus propios medios, tardado así, el doble de tiempo que necesitaría una persona siendo instruida otra) y, en situaciones, se vuelven en contra de quienes se convierten en líderes, ya sean por cuestiones naturales de su personalidad como por determinación del directorio.

Sumado a esto, por pertenecer a una institución pública subyace la idea que menciona Hugo Pires, de "*Dolce fer niente*" u ociosidad en donde se encuentra instalada la idea de hacer lo mínimo indispensable sin esfuerzo y con poca exigencia. Entienden las condiciones de su trabajo y saben que no hay ningún tipo de consecuencia si deciden rehusarse a ser parte del cambio. Esto impide que los procesos de mutación dentro del hospital sean fluidos y acompañados por la totalidad de sus miembros.

➤ En rangos generales, la visión que se tiene del hospital y su funcionamiento, varía mucho si se trata de un Jefe de Servicio o de un médico de planta/ residente. En los primeros la coincidencia es total a la hora de calificar positivamente la comunicación interna. Ellos poseen reuniones periódicamente con los directores en donde reciben todo tipo de información relevante no sólo para su servicio si no para el funcionamiento del hospital. Sin embargo, por el puesto que ocupan no son ellos los que cargan con el funcionamiento del hospital.

En varios entrevistados surgió la idea de que el **funcionamiento del hospital estaba a cargo de los residentes**, pero paradójicamente son ellos, justamente, los que **menos información reciben** y según, Verónica del Departamento de Comunicación, son los **menos escuchados**. Lejos de restarle importancia al tema, los residentes notan esta carencia y entienden que necesitan recibir más información. La mayor parte de lo que se enteran es a través del *radio pasillo* o por otros compañeros. Es decir, que, si no la solicitan o indagan por su cuenta, no reciben información periódica del hospital o de otros servicios.

Los residentes entrevistados coinciden en que esto se traduce en falta de motivación y de valor por el trabajo que ellos hacen diariamente, entendiendo que el peso que poseen dentro de la institución no es tenido en cuenta.

➤ Un punto muy importante que se dejó entrever en la entrevista con los residentes en administración hospitalaria, fue la **falta de independencia** que posee la **gestión del hospital respecto de quien la lidere**. Este punto resulta inevitable y se deduce casi de manera inmediata si se tiene conocimiento de qué tipo de organización se trata: pública o privada. La falta de continuidad de ciertas políticas o decisiones impide el progreso de ciertas cuestiones. De todas maneras, lo que sucede en el hospital es solo un ejemplo de cómo funciona la administración pública provincial.

➤ Con respecto a la **estructura** que integra al hospital en algunas entrevistas surgió la idea de que la misma se presenta en **forma plana, casi inexistente** a nivel general. Esto impide el correcto funcionamiento dado que la inexistencia de un referente formal por área entorpece la actividad diaria y, a su vez, la comunicación.

➤ Con respecto al proceso de compras al que se hace foco en este análisis, a partir de las entrevistas se vio reflejado una vez más la verticalidad del funcionamiento de los servicios. Por empezar, la solicitud de insumos es realizada por el Jefe del Servicio o por alguien a quien se le delegue esa actividad. En el caso del Servicio de Clínica, por ejemplo, si bien los residentes son quienes les darán utilidad a los insumos con los pacientes no son los que intervienen en el proceso y mucho menos en la solicitud.

Desde la administración del hospital, coinciden en que los Residentes médicos, son los que menos saben del proceso y son los que más necesitan de los recursos que se solicitan.

Es por eso que el proceso de compras y su conocimiento dependerán de la jerarquía que tenga el empleado del hospital.

6- DIAGNÓSTICO

6.1- Historia del Hospital

El Hospital Interzonal General de Agudos “General José de San Martín” fue creado en 1884 como una casa de sanidad municipal compuesta de cuatro salas, con capacidad para 100 enfermos, y una dependencia aislada para los pacientes infecciosos, llamado “casa de Aislamiento”

El centro asistencial fue creciendo a la par de La Plata. En 1910 inauguró el Pabellón Crispo, maternidad que aún funciona en el hospital. En 1912 se construyó el pavimento hasta la puerta del Misericordia.

Ya en 1916 el hospital constaba de cinco pabellones (Cirugía y Presos; Sífilis y Urinarias; Clínica Médica; Mujeres y Ginecología; y Venéreas) con capacidad para 32 enfermos por cada uno de ellos, y un galpón de ancianos e inválidos con 20 camas a cargo.

Fue en 1921, bajo la dirección del Dr. Pastor Mollo Villanueva, que el Hospital Misericordia pasó a ocupar el edificio construido para el “Policlínico Centenario” de La Plata, tomando la denominación de Hospital Policlínico, con el que se le reconoce popularmente en la actualidad.

A partir de entonces, el hospital que ya era una referencia a nivel provincial inauguraría espacios para la cirugía y clínica, dado que la cantidad de enfermos que concurrían al centro asistencial crecía cada día. El influjo creciente de pacientes desde toda la Provincia a este centro de referencia provocó que en 1947 comenzara la construcción del pabellón central que actualmente conforma el hospital.

En los años subsiguientes, se inauguraron los pabellones de Quemados, uno de los centros de referencia en la especialidad en Buenos Aires, Cirugía Plástica, Rehabilitación y Nefrología, ampliando las atenciones que ofrece el centro. En 1996 se creó la Unidad de Trasplante Renal del Centro Regional de Ablación e Implante del Cucaiba en el hospital San Martín, que lleva realizados más de 700 trasplantes renales.

En el 2012, se inauguró allí el primer hospital universitario de la Universidad Nacional de La Plata que constaba de un pabellón para estudiantes de la facultad

de Ciencias Médicas de la UNLP en el que funcionan, hoy en día, 16 cátedras que desarrollan prácticas asistenciales y actividades académicas.

Actualmente, el hospital cuenta con al menos 10 pabellones en uso con distintas especialidades.

6.2- Comunicación en y para el Hospital

En materia de comunicación interna, actualmente el hospital cuenta con dos espacios que realizan actividades relacionadas.

- Por un lado, se encuentra el departamento de comunicación interna, creado en diciembre del 2016 y conformado en la actualidad por dos integrantes, ambos relacionados profesionalmente al diseño en comunicación visual. Estas dos personas, tienen la particularidad de que conocen el hospital desde hace muchos años y comprenden la dinámica de las personas y el funcionamiento de la organización tanto en el turno mañana como en el turno tarde.

Este departamento cuenta con un espacio físico reducido pero concreto y se dedica a atender necesidades que ellos consideran relevantes por los conocimientos que poseen del hospital o bien, cuestiones puntuales que puedan llegar a surgir desde la cúpula directiva.

Las actividades realizadas o planificadas hasta el momento, mencionadas por Verónica, una de las integrantes del sector, se orientan más al público externo dado que apuntan a la señalética o la distinción de los pabellones por colores de manera tal que paciente pueda orientarse con más facilidad dentro de la inmensidad del Hospital.

Con respecto a la comunicación interna, algunas de las actividades realizadas fueron la confección de una lista de contactos de cada uno de los servicios (que pudiera ser distribuida dentro de todo el hospital) que incluyen sus números de teléfonos, y la implementación de la cadena de mailing para comunicar cuestiones importantes del hospital, utilizada principalmente para los jefes de servicios.

Durante la entrevista con Verónica, quedó en evidencia que una de los puntos que más acaparaba la atención del sector era lograr un buen clima laboral en términos edilicios, motivo por el cual la planificación de sus actividades se veía

apuntada a incorporar colores y murales en las paredes a fin de obtener un ambiente contenedor para aquellos que pasan largas jornadas dentro de la institución.

Por otro lado, se pudo vislumbrar que, ya sea por la falta de recurso humano o económico, el sector no trabaja siguiendo un plan de acción que aborde distintos puntos del hospital, atacando cuestiones del rubro desde lo macro hasta lo micro, sino que su accionar se rige por el día a día y las problemáticas que, ellos o quienes toman las decisiones, consideren prioritarias.

En las entrevistas sobre comunicación interna realizadas dentro del hospital, pudo notarse que aquellos que decían tener noción de la existencia del Departamento y su ubicación eran en su mayoría aquellos que lideraban los servicios. En el caso de los residentes o los médicos de planta entrevistados, muchos de ellos no sabían que había un espacio dentro del Hospital con dichas funciones.

- Por otro lado, la organización cuenta también con un Comité de Gestión de personas conformado por profesionales que desempeñan otras funciones dentro del Hospital. A diferencia del Departamento de Comunicación, este Comité se encuentra respaldado por un marco normativo que no solo justifica su existencia, sino que delimita su accionar. Dentro de la Organización analizada, no posee un espacio físico definido y de hecho no funciona permanentemente, su función es atacar cuestiones que surjan por demanda del directorio o bien por iniciativa propia.

El surgimiento de este comité estuvo directamente relacionado a la política de humanizar los hospitales que decidió tomar el Ministerio de Salud de la Provincia; un modelo basado en el cuidado de las personas y en promover ambientes de trabajo saludables que contribuyan a una mejor calidad de atención a los pacientes. Esta misma política, en palabras del Ministerio, “intenta fomentar el compromiso, la actitud de servicio, los vínculos humanizados, la escucha activa, la participación responsable personal y colectiva, la práctica reflexiva y la mejora continua como valores centrales de la política de hospitales humanizados, bajo el lema ‘cuidar a los que cuidan’ “

En el Hospital San Martín, actualmente, este equipo está conformado por cinco personas con cargos y profesiones distintas, sugeridas por el Directorio de la Organización, que tuvo en cuenta la antigüedad e idoneidad de cada una de las siguientes personas:

- Gonzalez Silvina; Directora asociada del hospital a cargo del Departamento de Gestión de Recursos Humanos.
- Gartner Matano Cynthia; Licenciada en Administración de Empresas.
- Peñalva Juliana, Psicóloga.
- Pozzo Cecilia, Abogada.
- Quiroga Sebastian, Diseñador en Comunicación Visual (Quien además integra el departamento de comunicación)

Por disposición del Director del hospital algunas de las funciones del Comité son:

- Reconocer la visión de hospitales humanizados como una política ministerial.
- Redefinir roles y funciones del equipo directivo y jefes de unidades funcionales para liderar la transformación de un hospital humanizado.
- Impulsar la participación activa y responsable de cada integrante de los equipos de salud en su labor diaria.
- Implementar políticas de selección e inducción de personas en los hospitales, garantizando la transparencia de los procesos.
- Establecer e implementar políticas de desarrollo humano en los hospitales.
- Desarrollar capacidades para la gestión del conocimiento dentro de los hospitales y promover la participación activa en las redes sanitarias.
- Mejorar la calidad de atención de las personas cuidando su dignidad.
- Mejorar el clima laboral y la calidad de vida dentro de la organización.
- Establecer un proceso estandarizado de selección de personas.
- Socializar y orientar a las personas dentro de la organización, compartiendo los valores, misión y visión de la de la organización, como así también la presentación del rol, funciones y equipo de trabajo.
- Desarrollar un modelo de evaluación de desempeño y estrategias de reconocimiento interno.

En una entrevista realizada a uno de los miembros del Comité se comunicó que durante los meses de octubre y noviembre del 2016, dentro del Hospital se realizaron encuestas que abarcaron a casi la mitad de los integrantes de la organización, con el fin de conocer la percepción que tenían de ellos, como empleados dentro del hospital y del Hospital en su totalidad.

Como resultado de estas encuestas, pudo obtenerse que la problemática más notada y demandada era la respectiva a las condiciones edilicias y el mantenimiento de los servicios.

En el quinto puesto, y con una diferencia de 153 votos con la más votada, se encontraba la comunicación como otro punto a mejorar dentro del hospital. Respecto a esto, lo que más se solicitaba era la informatización de los servicios, mejoras en la señalética del edificio y en la comunicación entre los servicios, como así también se demandaba una actitud más cercana y accesible por parte del Director.

Frente las demandas sobre la comunicación en el hospital, las políticas implementadas por el comité, fueron:

- La creación del Departamento de Comunicación Institucional, Arte y Diseño en diciembre del 2016.
- Planificación de reuniones con todos los jefes de servicios
- Elaboración de un proyecto de señalética Hospitalaria.
- Recorrido hospitalario por parte del director del hospital.

En resumen, podría decirse que, en palabras del Ministerio, la función del Comité es brindarle asesoramiento a la dirección respecto a problemáticas que estén relacionadas a la gestión de personas. Sin embargo, Cynthia, amplía esta definición incorporando, además, la intervención en conflictos personales que puedan surgir entre personas o áreas dentro del Hospital.

Sumado a esto, completando las actividades reglamentadas por la normativa que los rige, Cynthia menciona otros proyectos que se encuentran en planificación pero que están siendo gestionadas por ellos:

- Empoderamiento del área de Recursos Humanos (planificación de un manual de inducción).

- Relevamiento de cada servicio para averiguar las debilidades y las fortalezas (farmacia y enfermería).
- Creación de espacios que reciban sugerencias de los miembros del hospital (ejemplo: buzones por servicios)
- Designación de personas que puedan hallarse en los ingresos de la organización y puedan guiar a los pacientes dentro del edificio (azafatas hospitalarias).
- Capacitación del personal según sus roles y funciones.

Es evidente que entre el Comité y el Departamento existen una serie de diferencias en las que, dependiendo el punto, uno se encuentra más favorecido que el otro. Sin embargo, a partir de las entrevistas realizadas en ambos, puede observarse que entre ellos no existe una disputa por ocupar el espacio dentro del hospital. Más allá de que en algunas cuestiones puedan llegar a superponerse y a simple vista sean ciertas cosas sean competencia de uno y gestionadas por el otro, ambas partes dejaron en claro el trabajo mancomunado (temporal) que existe entre ellos. Lo curioso es que quien posee más contacto con los directores es el que se reúne con poca frecuencia y el que precisamente no cuenta con un espacio físico concreto que pueda ser utilizado de referencia o consulta por cualquier miembro del hospital.

7- PLANIFICACIÓN

Si se tuviera que confeccionar un plan de acción apuntado a mejorar la comunicación interna de **la totalidad** del Hospital, en primera instancia se debería hacer hincapié en la búsqueda de unicidad entre todos los sectores independientes (por ejemplo: los médicos, los enfermeros, el sector administrativo del hospital, etc). Para ello, sería necesario empoderar y unificar los espacios de comunicación para que se logre liderar y acompañar la implementación de este plan, dentro del Hospital.

En otras palabras, se necesitaría unificar el Departamento de Comunicación y el Comité de Personas, o bien, que trabajen mancomunadamente y sostengan esta modalidad a lo largo del tiempo.

Logrado esto, se podría llevar a cabo el acompañamiento mencionado, con una participación activa y necesaria que permita alcanzar la unicidad dentro de cada sector.

Los espacios relevados (los servicios médicos y el área administrativa), se caracterizan por la centralización de información y de toma de decisiones.

En el caso del sector administrativo, quienes deciden, mayormente, el accionar del resto de las áreas y, además, lideran la planificación de nuevas medidas, son los residentes en administración hospitalaria. Estos, funcionan como asesores de la cúpula directiva, mientras que el resto de los sectores, sólo reciben órdenes, acatando (en el mejor de los casos) las normas impuestas.

En su gran mayoría, la opinión de estos otros sectores, no es tenida en cuenta y en tal caso, si se los convoca a reuniones es para comunicarles cómo se verá afectado su trabajo, por las nuevas medidas.

Para combatir esta modalidad de gestión, sería necesario pensar en mesas colectivas de trabajo integradas por todos los sectores y lideradas por el departamento de comunicación. Este último, debería encargarse de mediar, guiar y registrar los temas a conversar y los compromisos que asuma cada una de las partes.

Esto permitiría, no solo abrir la posibilidad de opinión e intervención a los sectores relegados (compras, mesa de entradas, depósito, finanzas, personal, etc) sino que, además, enaltecería un área hasta entonces oculta como es el Departamento de Comunicación.

Para formalizar esto, sería necesario, entonces, realizar mensualmente reuniones de equipo que podrían ser informativas, o bien, resolutivas en caso de que debiera solucionarse alguna situación puntual. Estas reuniones, deberían ser integradas de manera obligatoria por un representante de cada subsector (dentro del sector administrativo) que tendría la responsabilidad de transmitir lo acordado al resto de su equipo.

Sin embargo, previo a esto, se debería (manteniendo como precursor de esta medida al departamento de comunicación) establecer un canal de comunicación formal que pudiera ser utilizado por todos, no solo para convocar y calendarizar las reuniones, si no para hacer llegar la minuta de lo acordado a todos los equipos.

Con respecto al sector médico, la centralización de información está dada en los jefes de servicios que, en su gran mayoría, no bajan la información en sus sectores. Por eso, al momento de elegir los líderes correspondientes, sería pertinente que la división se diera en los distintos rubros dentro de los servicios, es decir, los jefes de servicio, los médicos de planta y los residentes.

Una vez logrado el equilibrio y la armonía dentro de cada uno de los sectores, se podría comenzar a idear un plan de acción que atravesase a la totalidad del hospital replicando lo que se propuso anteriormente de manera sectorizada.

Para llevar esto a cabo, primeramente, se deberían estipular líderes de sectores. En segunda instancia, podrían proponerse reuniones interdisciplinarias periódicas (más o menos abarcativas según el tema a tratar) y, por último, sería necesario fijar medios de difusión complementarios (entre sí).

En este último punto, es importante destacar que al momento de convocar y calendarizar las reuniones de trabajo/informativas debería pensarse en medios (en plural) de comunicación que se complementen y adapten a las modalidades y los turnos de trabajo de cada servicio. Por ejemplo, en caso de utilizar el mail o el llamado telefónico para convocar, se deberían tener en cuenta los horarios y días donde el presentismo sea mayor.

En definitiva, lo que estas medidas buscan es comenzar a unificar criterios, simplemente, comenzando a gestar la comunicación entre los miembros de la organización. Haciéndolos sentir parte, ya sea con información o con la participación en la toma de decisiones de ciertas cuestiones, es probable que comiencen a mostrarse indicios de satisfacción y, por qué no, iniciativa hacia nuevas propuestas.

Prolongando esta acción en el tiempo, sería más fácil de transmitir y unificar (o modificar) la identidad de la organización a todos los sectores.

Aquí, se acude a esta secuencia de acciones enmarcadas en un plan de acción para unificar y enlazar los sectores desde lo micro hasta lo macro del Hospital, involucrando a la totalidad de los actores que integran la organización.

Sin embargo, en el caso de los nuevos integrantes se podría utilizar un proceso de inducción que intente reducir el caudal de desinformación. Esta inducción, en la primera etapa, también debería estar liderada por el Departamento de Comunicación en conjunto con el Comité para que se les enseñe la totalidad del edificio, la modalidad de trabajo y las formalidades propias del Hospital.

Sin profundizar demasiado en una planificación global, para la cual se requeriría una investigación mucho más profunda y abarcativa, sería necesario recordar que este trabajo tomará de ejemplo el proceso de compras para demostrar la importancia de un espacio de Comunicación dentro del Hospital San Martín. Como tal, esta planificación se vislumbrará mucho más acotada pero enmarcada dentro de la idea mencionada anteriormente: Plan de acción que actúe de adentro hacia afuera, siempre a nivel interno del Hospital

7.1- Proceso de compras

Antes de comenzar con la planificación de esta intervención, Se procederá a detallar las diferencias existentes entre lo que se planificó al momento de definir el proceso y lo que se hace hoy por hoy en el Hospital.

Este cuadro, refleja paso a paso este procedimiento, indicando en rojo en la segunda columna, las modificaciones respecto al proceso definido en el 2012

	Proceso definido 2012	Accionar de los empleados 2018
ACTORES	<p>Director Administrativo: Es quien autoriza la compra y decide sobre las fuentes de financiamiento.</p> <p>Administrador: Es quien gestiona el proceso y brinda la información necesaria para que la dirección tome decisiones sobre las compras.</p> <p>Funcionarios de compras: Son los responsables de operativizar el proceso.</p> <p>Usuario: todos aquellos jefes de servicios o responsables de área con facultades específicas para generar requerimientos de compras a través del sistema informático que para tal fin desarrolló el ministerio de Salud.</p>	<p>Director Administrativo: Es quien autoriza la compra y decide sobre las fuentes de financiamiento.</p> <p>Administrador: Es quien gestiona, controla y coordina el proceso y brinda la información necesaria para que la dirección tome decisiones sobre las compras.</p> <p>Funcionarios de compras: Son los responsables de operativizar el proceso.</p> <p>Residencia en Administración: Responsables de recepcionar los pedidos de insumos de los Servicios, evaluarlos y adecuarlos a las decisiones del director administrativo en lo relativo a la forma del pedido y su fuente de financiamiento.</p> <p>Usuario: todos aquellos jefes de servicios o responsables de área con facultades específicas para generar requerimientos de compras a través del sistema informático que para tal fin desarrollo el ministerio de Salud.</p>

<p>PASO 1</p>	<p>En primera instancia y por normativa de la disposición 138/10 art 2, todos los servicios deben hacer pedidos de insumos, contratación de servicios o adquisición de bienes de uso, a través del sistema informático para compras y adquisiciones (SIPACH). Las solicitudes deben hacerse por partida global (Partida dos es la que analizaremos en este caso- Bienes de consumo) no pueden mezclarse contrataciones de distintas partidas.</p> <p>El servicio debe solicitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nombre del Servicio Solicitante -La partida presupuestaria. -El rubro y subrubro -La fuente de financiamiento (fuentes externas que maneja el ministerio o Fuentes autogeneradas como samo y plan nacer/sumar) -El insumo o servicio utilizando el código vademé -Cantidades solicitadas. -Justiprecios. (valores que se pueden consultar en la base de datos del sistema o en caso de que no haya antecedentes de compra de algún insumo, se les solicita que consigan algún presupuesto de algún proveedor). -El periodo de consumo. -Observaciones: indicando forma de entrega, destino 	<p>En primera instancia y por normativa Decreto 1300/16, todos los servicios deben hacer pedidos de insumos, contratación de servicios o adquisición de bienes de uso, a través del sistema informático para compras y adquisiciones (SIPACH). Las solicitudes deben hacerse por partida global (Partida dos es la que analizaremos en este caso- Bienes de consumo) no pueden mezclarse contrataciones de distintas partidas.</p> <p>El servicio debe solicitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nombre del Servicio Solicitante -La partida presupuestaria. -El rubro y subrubro -La fuente de financiamiento (fuentes externas que maneja el ministerio o Fuentes autogeneradas como samo y plan nacer/sumar) -El insumo o servicio utilizando el código vademé -Cantidades solicitadas. -Justiprecios. (valores que se pueden consultar en la base de datos del sistema o en caso de que no haya antecedentes de compra de algún insumo, se les solicita que consigan algún presupuesto de algún proveedor). -El periodo de consumo. -Observaciones: indicando forma de entrega, destino
<p>PASO 2</p>	<p>El servicio envía la solicitud por sistema al Director y físicamente en soporte papel le entrega al administrador el pedido firmado</p>	<p>El servicio envía la solicitud por sistema al Director y físicamente en soporte papel le entrega a los residentes en Administración el</p>

	por el jefe del servicio.	pedido firmado por el jefe del servicio. En algunos casos, todo lo referido a partida dos llega primero a los residentes en Administración en primera instancia.
PASO 3	El administrador recibe el pedido firmado por el servicio.	El administrador o la residencia en administración recibe el pedido firmado por el servicio.
PASO 4	El administrador eleva el pedido a la dirección para que decidan continuar o no con la compra e indiquen la fuente de financiación. Si lo aceptan vuelve al administrador para que caratulen el expediente si lo observan se devuelve a través del sistema la solicitud al Servicio y a la Administración le llega una copia en papel con la observación, para comunicarlo al servicio.	La residencia en administración recibe los pedidos para filtrarlos y decidir cuáles de ellos serán elevados efectivamente a la Dirección para que decidan continuar o no con la compra e indiquen la fuente de financiación. Si lo aceptan vuelve al administrador para que caratulen el expediente si lo observan se devuelve a través del sistema la solicitud al Servicio y a la Administración le llega una copia en papel con la observación, para comunicarlo al servicio.
PASO 5	La administración le da la orden a Mesa de Entradas para que caratule el expediente. Una vez caratulado vuelve a la administración.	La administración le da la orden a Mesa de Entradas para que caratule el expediente. Una vez caratulado vuelve a la administración.
PASO 6	La administración envía a la Dirección el expediente para que lo remita a la DGA (del ministerio) la solicitud de compra quienes.	La residencia en administración envía el expediente para que remita a la DGA (del Ministerio) la solicitud de compra. Esta solicitud permanece físicamente en la residencia hasta su aprobación provisoria.
PASO 7	La Administración controla diariamente el sistema SIPACH para saber sobre el estado de la solicitud enviada a DGA. La DGA puede observar la solicitud, denegarla o aprobarla. En ese caso, se envía al servicio para que responda la	La Residencia en Administración controla diariamente el sistema SIPACH para saber sobre el estado de la solicitud enviada a DGA. La DGA puede observar la solicitud, denegarla o aprobarla. Si las observaciones efectuadas por el Ministerio son de "forma" las

	observación	<p>mismas son resueltas en lo posible por los Residentes de Economía. Pero en caso de que se realicen observaciones técnicas se convoca al Jefe del Servicio correspondiente para que realice las aclaraciones que sean necesarias para la prosecución del trámite. Efectuadas las mismas, intervienen nuevamente la Residencia de Economía reenviando la Solicitud para su aprobación en DGA.</p>
PASO 8	<p>En caso de que se apruebe la solicitud, la Administración imprime dicho comprobante le coloca la fecha y la anexa al expediente.</p> <p>La administración autoriza al área de compras a llamar a los proveedores enviando físicamente el expediente a dicha área</p>	<p>En caso de que se apruebe la solicitud, la Residencia imprime dicho comprobante le coloca la fecha y la anexa al expediente.</p> <p>Luego le envía el expediente físico a la Administración.</p> <p>La administración autoriza al área de compras a llamar a los proveedores enviando físicamente el expediente a dicha área.</p>
PASO 9	<p>El tipo de llamado estará definido a partir del monto estimado de la adquisición. Sera entonces, por licitación Privada (hasta \$3.000.000) o por procedimiento abreviada (hasta \$1.500.000)</p>	<p>El tipo de llamado estará definido a partir del monto estimado de la adquisición. Sera entonces, por licitación Privada (hasta \$3.000.000) o por procedimiento abreviada (hasta \$1.500.000)</p>
PASO 10	<p>En el caso de Licitación Privada, se deberá publicar en el boletín oficial con una antelación mínima de 3 días al acto de apertura o hasta 24hs antes cuando la urgencia o el interés del servicio así lo requieran. Para dicha publicación, se deberá enviar a la oficina Administrativa de Prensa (respetando los plazos previstos en el Decreto 1300/16), la siguiente documentación en original y firmada por la máxima</p>	<p>En el caso de Licitación Privada, se deberá publicar en el boletín oficial con una antelación mínima de 3 días al acto de apertura o hasta 24hs antes cuando la urgencia o el interés del servicio así lo requieran. Para dicha publicación, se deberá enviar a la oficina Administrativa de Prensa (respetando los plazos previstos en el Decreto 1300/16), la siguiente documentación en original y firmada por la máxima autoridad del establecimiento.</p> <p>-Nota de elevación del pedido de</p>

	<p>autoridad del establecimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nota de elevación del pedido de publicación en el boletín oficial. -Extracto de licitación Privada a publicar. -Disposición que autoriza el llamado. -Por correo electrónico, enviar el extracto que se desea publicar. Además de ser publicado en el boletín oficial, deberá ser publicado en la página del Ministerio. <p>Es importante para esto, el uso de plantillas publicadas en intranet para conformar el pliego del llamado.</p>	<p>publicación en el boletín oficial.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Extracto de licitación Privada a publicar. -Disposición que autoriza el llamado. -Por correo electrónico, enviar el extracto que se desea publicar. Además de ser publicado en el boletín oficial, deberá ser publicado en la página del Ministerio. <p>Es importante para esto, el uso de plantillas publicadas en intranet para conformar el pliego del llamado.</p>
PASO 11	<p>Además de la publicidad mencionada se debe enviar invitaciones de la Licitación mediante carta certificada a un mínimo de 5 firmas del ramo inscriptas en el registro de proveedores (art 16 del reglamento de contrataciones). Las invitaciones se deberán enviar con la misma antelación prevista para las publicaciones.</p>	<p>Además de la publicidad mencionada se debe enviar invitaciones de la Licitación mediante carta certificada a un mínimo de 5 firmas del ramo inscriptas en el registro de proveedores (art 16 del reglamento de contrataciones). Las invitaciones se deberán enviar con la misma antelación prevista para las publicaciones.</p>
PASO 12	<p>Se elimina de este análisis porque está orientado a gastos de mayor tamaño como remodelación, o maquinarias complejas</p>	<p>Se elimina de este análisis porque está orientado a gastos de mayor tamaño como remodelación, o maquinarias complejas.</p>
PASO 13	<p>Se presentan las propuestas por duplicado, indicando: Organismo contratante y domicilio; Número de expediente; Tipo y número que identifica la contratación. Las ofertas serán admitidas hasta el día y hora fijados para la apertura del acto. Conforme lo establecido en el Artículo 17 apartado 4 del Decreto 1300/16.</p>	<p>Se presentan las propuestas por duplicado, indicando: Organismo contratante y domicilio; Número de expediente; Tipo y número que identifica la contratación. Las ofertas serán admitidas hasta el día y hora fijados para la apertura del acto. Conforme lo establecido en el Artículo 17 apartado 4 del Decreto 1300/16.</p>

PASO 14	En el lugar, día y hora fijados para realizar del acto, se procede a abrir las propuestas en presencia de las autoridades de la repartición contratante (personal del área de COMPRAS) y de todos aquellos que deseen presenciarlo.	En el lugar, día y hora fijados para realizar el acto, se procede a abrir las propuestas en presencia de las autoridades de la repartición contratante (personal del área de COMPRAS) y de todos aquellos que deseen presenciarlo
PASO 15	Armado del expediente con el siguiente orden: -Acta de apertura - Documentación presentada por el proveedor (presupuesto, Garantía, credencial de registro de Proveedores, documentación que el proveedor adjunte).	Armado del expediente con el siguiente orden: -Acta de apertura - Documentación presentada por el proveedor (presupuesto, Garantía, credencial de registro de Proveedores, documentación que el proveedor adjunte).
PASO 16	Con el orden dado a los proveedores, se cargaran las ofertas en el sistema SIPACH, para confeccionar el cuadro comparativo de precios.	Con el orden dado a los proveedores, se cargaran las ofertas en el sistema SIPACH, para confeccionar el cuadro comparativo de precios.
PASO 17	Control de cargas por parte de una persona distinta a la que cargó los datos en el sistema.	Control de cargas por parte de una persona distinta a la que cargó los datos en el sistema. (sucede con poca frecuencia)
PASO 18	La administración realiza el pase del expediente al Servicio, para que la comisión realice la pre adjudicación.	El área de COMPRAS realiza el pase del expediente al Servicio, que debe ser firmado por el administrador, para que la comisión realice la pre adjudicación.
PASO 19	Una vez realizada la pre adjudicación, el servicio deberá enviar el expediente a la administración para que lo verifique.	Una vez realizada la pre adjudicación, el servicio deberá enviar el expediente a la administración para que lo verifique.
PASO 20	La Dirección envía a la Administración el expediente, para que sea derivado al área de compras y se proceda a la carga de la preadjudicación en el sistema.	La administración envía el expediente al área de compras, para proceder a la carga de la pre adjudicación en el sistema.

PASO 21	Un miembro del área de compras cargará en SIPACH la pre adjudicación realizada. En caso de que la elección de la oferta no se haya producido por menor precio, se deberá detallar el motivo comunicar a las firmas el resultado de la preadjudicación por medio de correo electrónico oficial.	Un miembro del área de compras cargará en SIPACH la pre adjudicación realizada. En caso de que la elección de la oferta no se haya producido por menor precio, se deberá detallar el motivo comunicar a las firmas el resultado de la preadjudicación por medio de correo electrónico oficial.
PASO 22	Comunicar a los proveedores si resultó o no pre adjudicado.	Comunicar a los proveedores si resultó o no pre adjudicado.
PASO 23	Los proveedores deberán realizar un acuse de recibo, teniendo un plazo de 72hs para realizar cualquier observación. De no recibirse ninguna observación, el área de compras, envía el expediente a Administración.	Los proveedores deberán realizar un acuse de recibo, teniendo un plazo de 72hs para realizar cualquier observación. De no recibirse ninguna observación, el área de compras, envía el expediente a Administración.
PASO 24	Luego de evaluar los precios, la Dirección envía la pre adjudicación cargada a la DGA a través del sistema, solicitando su aprobación.	Luego de evaluar los precios, la Administración envía la pre adjudicación cargada a la DGA a través del sistema, solicitando su aprobación. El Expediente físico, se reenvía al área de COMPRAS, para que la misma controle por sistema diariamente el estado del mismo.
PASO 25	La DGA podrá aprobar o bien realizar observaciones sobre la preadjudicación seleccionada. En caso de que existan observaciones, se deberán comunicar a la administración enviando el expediente a Compras. De ser aprobado, envía el expediente la Administración.	La DGA podrá aprobar o bien realizar observaciones sobre la pre adjudicación seleccionada. Al igual que en la instancia inicial, las observaciones de la DGA pueden ser sobre los precios cotizados por los proveedores o por las cantidades solicitadas por el/los Servicios. Para el primer caso, el área de COMPRAS realiza una nota firmada por el Administrador solicitando, vía mail oficial al proveedor que corresponda, una mejora en los

		precios que hayan sido observados. El proveedor puede o no acceder a realizar una rebaja en la cotización. En caso de que las observaciones sean sobre las cantidades solicitadas, el área de compras deberá comunicarse con el /los Servicios solicitante para realizar las aclaraciones que correspondan. En cualquiera de los dos caso, el personal del área procede a informar por sistema la respuesta del proveedor /o del Servicio Solicitante reenviar la preadjudicacion por sistema a la DGA.
PASO 26	En caso de que la preadjudicación haya sido aprobada por DGA debe verificar que la credencial del proveedor se encuentre vigente y las ofertas no estén.	En caso de que la preadjudicacion haya sido aprobada por DGA, el área de compras , debe verificar que la credencial del proveedor se encuentre vigente y las ofertas no estén.
	Los pasos 27 y 28, fueron eliminados de dicha descripción por que no resultan útiles para dicho análisis.	Los pasos 27 y 28, fueron eliminados de dicha descripción por que no resultan útiles para dicho análisis.
PASO 29	Se Confecciona desde el área de compras la disposición que aprueba lo actuado y autoriza las órdenes de compra, la cual debe estar firmada por el Director Ejecutivo del Hospital.	Se Confecciona desde el área de compras la disposición que aprueba lo actuado y autoriza las órdenes de compra, la cual debe estar firmada por el Director Ejecutivo del Hospital.
PASO 30	A través del sistema compras realiza la adjudicación definitiva de las cantidades aprobadas por la administración central y se confeccionan las órdenes de compra.	A través del sistema, compras realiza la adjudicación definitiva de las cantidades aprobadas por la administración central y se confeccionan las órdenes de compra.
PASO 31	Compras envía el expediente a la administración para que realice el cierre por sistema y firme las órdenes de compras.	Compras envía el expediente a la administración para que realice el cierre por sistema y firme las ordenes de compras.

PASO 32	Se envían las órdenes de compras a través de cartas certificadas.	Se envían las ordenes de compras a través del mail oficial de proveedores.
PASO 33	Cuando el proveedor recibe la orden de compras y la firma.	Cuando el proveedor recibe el mail oficial, la oficina de compras recibe automáticamente la notificación de la recepción conforme de la Orden de compra.
PASO 34	Una vez recibida la conformidad del proveedor, el área de compras le envía el Expediente físico al Servicio o solicitante, adjuntando un pase para informar cumplimiento firmado por el Administrador.	Una vez recibida la conformidad del proveedor, el área de compras le envía el Expediente físico al Servicio o solicitante, adjuntando un pase para informar cumplimiento firmado por el Administrador.
PASO 35	El Servicio Solicitante, deberá informar a compras sobre el cumplimiento de la entrega de los insumos comprendidos en la Orden de compra, para que pueda intimarse al proveedor a través de un telegrama	El Servicio Solicitante, deberá informar sobre el cumplimiento de la entrega de los insumos comprendidos en la Orden de compra, adjuntando el Remito en el cual figure la fecha de la entrega final y la firma del Jefe del Servicio certificando la entrega correcta. En caso de que el proveedor no haya cumplimentado la entrega de la orden de compra o que los plazos de la entrega no se ajusten a los que figuran en la Orden de compra el Servicio Solicitante deberá informar en papel esta situación. En cualquiera de los dos casos, el Servicio deberá enviar el expediente físico a la Administración

<p>PASO 36</p>	<p>En caso de incumplimiento del plazo establecido en el telegrama enviado, se dará lugar a aplicación de una sanción.</p>	<p>La administración recibe el expediente con el informe del Servicio. Si la entrega fue cumplimentada en tiempo y forma, se vuelca la fecha al Libro de Órdenes de compra para luego mandar el Expediente físico a Archivo. Si la entrega no fue cumplimentada, se envía un telegrama intimando al proveedor a que cumpla con las pautas de la orden de compra remite nuevamente el Expediente al Servicio.</p>
-----------------------	--	--

7.2- Propuestas de intervención en el proceso

El análisis del procedimiento expuesto, dejó en evidencia la falta de definición de procesos en algunos casos, y la poca de rigurosidad en su cumplimiento, en otros.

Tomando el testimonio de uno de los residentes en administración, que actúa en reiteradas instancias del proceso elegido, se pudo dilucidar que los puntos de inflexión más notorios resultan ser: la confección y entrega de la solicitud de pedido de compras por parte de los servicios y la intervención del Departamento de compras, entre otros.

Propuesta:

Para esto, se propone armar un formulario que reduzca el trabajo de ciertos jefes de servicios (y por lo tanto el de los residentes que son quienes deben interpretar las solicitudes) al momento de realizar este pedido y achicando, así, el margen de error en esta instancia. Aquí, se encontraría toda la información volcada y los jefes solo tendrían que completar con las cantidades necesarias. Además, esta planilla podría imitar el formulario de retiro de insumos del depósito (confeccionada por los residentes en administración) que deberían completar los jefes al momento del retiro de insumos.

Para comunicar la implementación de esta nueva herramienta, será necesario solicitar a los jefes que asistan acompañados, por lo menos, por un integrante más del servicio, ya que, a menudo sucede que este tipo de información se centraliza en los altos mandos y no es transmitida hacia abajo de la cadena. En consecuencia, la tarea queda sin hacerse, se realiza con errores considerables o bien se demora más de lo debido.

En lo que respecta a la convocatoria, surge otro punto importante: la falta de planificación de este proceso frente al llamado de reuniones a, por ejemplo, los jefes de servicio.

En el hospital, existen alrededor de setenta servicios que prestan asistencia regularmente al establecimiento. Para quienes trabajan ahí dentro, es sabido que generalmente los días lunes y los días viernes la inasistencia es elevada; el resto de los días cumplen sus funciones hasta, no mucho más, de pasado el mediodía.

De esta forma, se recomienda realizar la convocatoria en primera instancia por mail, lo más visual posible, de preferencia con *flyers* que comuniquen rápido la información, jerarquizando lo más importante (por ejemplo: fecha y hora). Por otro lado, este correo debería solicitar un acuse de recibo para que solo sea necesario recurrir a la comunicación telefónica con aquellos jefes de servicios que no hayan respondido el mail.

Sería preferente, realizar tanto el mail como el llamado telefónico entre los días martes y miércoles, pasadas las 10am (dado que de 8am a 10am la gran mayoría de los servicios realizan el pase de salas) y antes de las 13hs (momento en el que el grueso del personal se retira del hospital) con una antelación máxima de una semana.

En complemento a estas actividades se sugiere utilizar la cartelera para pegar en lugares estratégicos y comunes a todos los jefes de servicios, como, por ejemplo: los relojes que marcan el ingreso y egreso a la institución.

Cabe destacar, que, para todas estas opciones de convocatoria, los comunicados podrían surgir desde el departamento de Comunicación para que, a partir de esto, se los pudiera empezar a reconocer como responsables de estos asuntos. En complemento, sería necesario que un integrante de este departamento pudiera participar de estas reuniones esporádicas, al menos en las primeras, para poder guiarlas y mediar frente a posibles conflictos.

- A lo largo de los años, gran cantidad de las tareas que realizaban el Administrador y Subadministrador han sido reemplazadas por los residentes en administración. Una de ellas, consistía en recibir las solicitudes de pedidos de compra por parte de los servicios. Actualmente, esta tarea la realizan los residentes en administración. A pesar de esta modificación y acostumbrados a una modalidad que llevaron adelante por años, algunos de los servicios continúan entregando las solicitudes a los antiguos encargados que, a su vez, las aceptan en lugar de pedirles que se las acerquen a quienes corresponden.

Sin embargo, el inconveniente no se presenta ahí precisamente, si no al momento de redirigir estas solicitudes a los residentes, las cuales, no siempre llegan a destino.

Por otro lado, cabe mencionar que los residentes en administración se encuentran físicamente ubicados en un espacio poco accesible, cerca de la Dirección. Sumado a esto, el interesado debe esperar, detrás de una ventanilla, a que alguna de las empleadas se disponga a abrirle.

Teniendo en cuenta que toda nueva medida lleva un tiempo de adaptación, se sugiere la siguiente propuesta como una posible solución ante este período de transición para evitar extravíos de solicitudes y hacer más prolija la comunicación o el traspaso de información entre el Administrador y los residentes.

Propuesta

Se propone la confección de un buzón, ubicado en el espacio de trabajo del Administrador y Subadministrador, que tenga como objetivo convertirse en el depósito de información recibida erróneamente y que deba ser derivada a los residentes. Se sugiere que la información de este buzón sea de acceso restringido, a través de una cerradura que solo pueda ser abierta por los residentes o en su defecto los Directores.

Cabe recordar, que esta propuesta sería una medida a implementar en paralelo a la adaptación de la nueva modalidad que tiene a los residentes como receptores de las solicitudes que provienen de los servicios.

- Otra situación algo conflictiva dentro del proceso, es la intervención del departamento de compras al momento de recibir los expedientes. Según uno de los residentes en administración, dentro del Hospital, las prioridades no son las mismas para todos los expedientes, motivo por el cual algunos deben ser trabajados con anterioridad para que se le dé pronta atención y resolución. Sin embargo, los criterios de “Urgencia” entre los integrantes del Departamento de Compras y los residentes, por ejemplo, no son los mismos y en ocasiones provocan malos entendidos sobre los expedientes a los que se debe dar prioridad.

Este mismo punto, permite vislumbrar lenguajes distintos entre estos sectores. Un claro ejemplo es la manera que tienen de nombrar los expedientes que trabajan. Por un lado, los residentes, identifican a los expedientes por el número que le brinda el sistema SIPACH, mientras que el área de compras lo hace por el número de la licitación.

Por otra parte, como se mencionó anteriormente, los integrantes de la residencia se encuentran estratégicamente bien ubicados dentro del Hospital, en contacto directo y diario con los directores. A ellos, esto les permite discernir entre un expediente que resulta prioritario para el hospital y otro que no lo es. El departamento de compras, en cambio, no es tenido en cuenta por parte de los directores y tampoco cuenta con un referente o líder jerárquico que actúe como nexo entre ambas partes y les brinde este tipo de información, motivo por el cual el trabajo de ellos queda supeditado a su criterio.

Sumado a esto, resulta que los integrantes del departamento son personas que se encuentran en el Hospital desde hace años y quizás, su actitud frente a nuevas propuestas que surgen de un equipo que, jerárquicamente, no es superior a ellos (residentes), no es recibido con buena predisposición.

Propuesta:

Para evitar estos malos entendidos, actuar en pos de un mejor funcionamiento de la Organización y no dejar las prioridades sujetas a las subjetividades que puedan presentarse entre ambos equipos, se sugiere identificar a los expedientes en su carátula a partir de tres colores distintos según sea su

urgencia: Rojo- URGENTE; Amarillo- prioridad media; Verde- Prioridad baja. Sobre cada uno de los carteles con colores es necesario, además, que se encuentre plasmada una fecha máxima de resolución del expediente para que ambos sectores manejen los mismos tiempos. Toda esta información debería acompañar al expediente antes de llegar al Departamento de Compras, por lo que sería necesario definirlo durante la intervención de los residentes.

Además, se sugiere designar a uno de los integrantes del Departamento como supervisor del área para que, entre otras cosas, pueda realizar un seguimiento de los expedientes y verifique que allí se atienden verdaderamente los que son necesarios, a la brevedad.

Para esto último, resulta importante mantener un archivo compartido entre la residencia y el supervisor de compras en el que ambos puedan editar y controlar el estado de cada uno de los expedientes

Sin embargo, la implementación de estas medidas, no tendrían sentido si no fueran comunicadas debidamente a cada uno de los agentes que intervienen. Es por eso que se sugiere llevar adelante una reunión que convoque vía mail y personalmente a los residentes y a la totalidad del área de Compras (involucrando al turno mañana y tarde) y que se desarrolle cerca del mediodía de manera tal que se pueda abarcar a la gran mayoría de los convocados.

En este caso, resulta de suma importancia que tanto la convocatoria como la reunión parta por iniciativa del superior jerárquico de ambos sectores (Directora de Contabilidad y Administrador del Hospital) para que el encuentro destinado a unificar discursos e implementar nuevas medidas, pueda leerse como una bajada de línea de los jefes y no como una propuesta de pares que genere rispideces.

La comunicación de estas medidas (definición de color por nivel de urgencia y forma en la que se hará referencia de los expedientes) debe tener un seguimiento posterior y riguroso, que pueda estar dado simplemente por un resumen de situación quincenal o mensual brindado por un referente de cada equipo a su superior jerárquico o bien, dándole acceso al documento que ambos sectores comparten.

De todas maneras, la solución a este pequeño problema (dentro de la inmensidad del Hospital) deja de lado un inconveniente aún mayor que implica darle importancia a la necesidad de atender a la brevedad la relación de comunicación

entre los residentes de Administración y los integrantes del Área de Compras, a fin de crear cercanía entre ellos.

Actualmente, la ubicación de los residentes resulta estratégica para acceder a cierta información o elevar e implementar nuevos proyectos que intervengan en la gestión del Hospital. A lo largo de estos últimos años, tanto el proceso de compras como otros que se llevan adelante en la organización, han sufrido modificaciones, algunas propuestas por los residentes. Un ejemplo concreto fue la periodicidad en la solicitud de compras para los jefes de servicios. Esta medida fue comunicada por el equipo precursor en una reunión con dichos jefes de servicios.

Lo que trajo como consecuencia esta acción, fue que este equipo se convirtiera, para los jefes, en los referentes del proceso, es decir, en las personas a quienes debían acudir ya sea para hacer llegar consultas o reclamos.

Las situaciones por las que recibían quejas, no eran justamente alusivas al accionar de los residentes sino más bien a la intervención del área de Compras, pero dado que eran los residentes quienes se habían mostrado como referentes del proceso, se sentían en el compromiso de responder por los errores que no les pertenecían, con el fin de darle una respuesta a quienes habían acercado sus quejas.

Propuesta

A partir de todo esto, se sugiere, como se mencionó anteriormente, planificar reuniones mensuales en los que puedan encontrarse los miembros del equipo de compras, los residentes y un jerárquico que lidere el encuentro. La finalidad de esa reunión es generar espacios de intercambio de información y mesas de trabajo para que las decisiones puedan comenzar a ser tomadas en conjunto. Es importante que estas reuniones sean guiadas por un interlocutor con jerarquía para que conduzca el encuentro y pueda mediar posibles situaciones de conflicto.

Lo ideal, sería que cada equipo exponga el trabajo que ha realizado a lo largo del mes, las problemáticas que han surgido y han podido solucionar como así también aquellas problemáticas que no se han resuelto aún.

El objetivo de esto no es solo estar al tanto del trabajo de otros equipos o comenzar a hacer partícipes de las decisiones al área de compras sino también, comenzar a trabajar como un equipo conformado y no como partes sueltas que integran la Administración del Hospital. Es importante que la unificación de las áreas pueda ser visible hacia afuera (ejemplo: con los jefes de servicio) para que paulatinamente cada una de las ellas pueda responder por sí misma en lo que le compete dentro de cada proceso.

Para lograr esto último, es necesario que los residentes asistan con un representante del área de Compras a las reuniones eventuales que puedan realizarse con los jefes de servicios, al momento de comunicar nuevas medidas.

8- CONCLUSIÓN FINAL

En un comienzo, la investigación estuvo apuntada a mejorar la relación entre el sector administrativo y los médicos. Sin ánimos de quitarle importancia a este vínculo, resulta interesante resaltar una relación no menos relevante y sumamente descuidada que requiere una atención previa: aquella que se lleva a cabo entre los equipos que conforman el Departamento Administrativo Contable.

Indagando en el proceso de compras, se pudo vislumbrar que la relación entre el área de Compras y los residentes es, actualmente, la más descuidada y en la que primero habría que hacer hincapié.

En el marco teórico, se mencionó la importancia de atender la comunicación interna para dar luego un discurso coherente hacia el exterior de la organización, en una instancia posterior. Lo mismo sucede dentro del Hospital: para poder mejorar la comunicación entre los médicos y el sector administrativo, primero debe lograrse cierta unidad entre los sectores que conforman el departamento administrativo, es decir, que dejen de comportarse como un conjunto de sectas individuales y comiencen a trabajar de forma mancomunada. Una vez logrado esto, recién podría hacerse foco en la relación con los médicos.

Otro punto de reflexión son los espacios de comunicación dentro del Hospital. Cuando se comenzó con este trabajo, el departamento de Comunicación aún no existía y el Comité era muy reciente. A lo largo de esta investigación, ambos crecieron y fueron tomando rumbos que actualmente podrían, con tranquilidad, contribuir con el cumplimiento de los objetivos de este proyecto, si se orientara el trabajo de ambos.

Es por eso que, si se volviera a comenzar con esta investigación, el objetivo principal podría ser: la necesidad de capitalizar ambos espacios para que asistan permanentemente al Hospital bajo un plan de acción comunicacional con lineamientos claros, y no meras acciones dispersas sin conexión.

9- BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, C. H; Chudnovsky, M. (2002) *El Sistema de Salud en Argentina*. Universidad de San Andres. Buenos Aires, Argentina.
- Alcorta, F y Mantinian, M (2004). *LA COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL, una herramienta estratégica*. Recuperado de <https://decomunicantes.files.wordpress.com>
- Andrade, H (2005). *Comunicación Organizacional Interna: proceso disciplina y técnica*. España: Netbiblio.
- Bruno, D y otros. (2013). El desafío de hacer de la comunicación un componente estratégico de las políticas públicas en salud. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol. 3, no 1, pp. 51-65. Recuperado de: <http://revistadecomunicacionysalud.org>.
- Bustamante E. (2013) *La comunicación interna y la promoción de la salud. Estudio de caso en Madrid Salud. Hacia promoción. salud*. Vol.18 (2), 79-95. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co>
- Cancelo San Martín, M.M (2007). *Comunicación Organizacional. La comunicación Gubernamental*. Revista Latinoamericana de Comunicación, CHASQUI. Vol 98. 72-75. Recuperado de: <http://www.redalyc.org>
- Capriotti Perl, P. (2009)*Branding Corporativo. Fundamentos para la gestión estratégica de la Identidad Corporativa*. Santiago, Chile: Colección de Libros de la Empresa.
- Costa Sánchez, C (2011). *La comunicación en el hospital. Gestión de la comunicación en el ámbito hospitalario*. Sevilla, España: Comunicación Social Sevilla Zamora.
- Del Río Pérez, J; Medina Aguerrebere, P. (2015). Comunicación interna hospitalaria: una aproximación desde la creatividad. *Revista Mediterránea de Comunicación*, 6(2), 215-227. Recuperado de: <http://mediterranea-comunicacion.org/>.
- Federico, T (2002). *Modelos de Gestión en Salud*. Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar>

- Felcman, F.; Blutman, G. (s.f) *Nuevos modelos de gestión pública y cultura organizacional*. <http://www.vocesenelfenix.com>.
- Fernández Sánchez, E. (2010). *Administración de empresas: un enfoque interdisciplinar*. Madrid, España: Paraninfo.
- Franco, J. A. y Mendonca, A. (2008). *Evolución del pensamiento en Administración*. Buenos aires, Argentina: Pentice Hall Pearson.
- García Cabeza, M. E. (2014) Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas de Enfermería*. Vol 17 (nº 1). 70-74. Recuperado por: <http://www.enfermeria21.com>
- García Moreno, P. (2016). Como humanizar los hospitales. *Cinco Días*. Recuperado de: www.cincodias.elpais.com.
- Helliege; Jackson y Slocum (2008). *Administración: Un enfoque basado en competencias*. Mexico D.F, Mexico: Cengage Learning.
- Jones, G. R. (1994). *Administración Contemporánea*. Madrid, España: Mc Graw Hill
- Kofman, F. (s.f) *La Empresa Consciente. Como construir a través de los valores*. (Editorial: Aguilar).
- Losada i Marrodán, C.(editor). (1999). *¿DE BURÓCRATAS A GERENTES? Las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del estado*. Washintong DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- March Cerdá J.C; Pajares Conde, D.R y Gómez Martínez, M.E. (1997). *Auditoría de comunicación interna de un hospital*. Gaceta Sanitaria. Vol.12 Nº5. 231- 238. <https://ac.els-cdn.com>
- Medina Aguerrebere, P (2012). El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol.2, no 1, pp. 19-28. Recuperado de: <http://revistadecomunicacionysalud.or>
- Morales Serrano, F (s.f). *La Comunicación Interna. HERRAMIENTA ESTRATÉGICA DE GESTIÓN PARA LAS EMPRESAS*. Recuperado de: <http://www.reddircom.org>

- Mosquera, M. (2003). *Comunicación en Salud: Conceptos Teorías y Experiencias*. Recuperado de: <http://www.portalcomunicacion.com>
- Paez, N. (2010). *El sistema de Salud*. Recuperado de: <http://www.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar>
- Vergara Quintero, M.C (2007). *Hacia la Promoción de la Salud*. Volumen 12, (1) 41 - 50. Recuperado de : <http://www.scielo.org.co>
- Weinstein. L. (1975) Comunicación y trabajo de equipo en un hospital moderno. *Educación médica y salud*. Vol. 9 (No. 4). 382-390.