



**FACULTAD DE PERIODISMO
Y COMUNICACION SOCIAL**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Título: Análisis situacional desde la Comunicación para el Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos San Juan de Dios

Autor: Lozano, Leandro

Legajo: 24604/7

Sede: Edificio Néstor Carlos Kirchner, La Plata

Director: Mg. Martín Iglesias

Codirector: Dr. Germán Retola

Fecha: Mayo 2018

Resumen: El presente trabajo consta de un análisis situacional desde la comunicación, realizado en el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos “San Juan de Dios de La Plata”. El mismo ha sido producido tomando como referencia la metodología de la comunicación estratégica desarrollada por la Escuela de Rosario.



FACULTAD DE PERIODISMO Y COMUNICACION SOCIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

2017/2018

Análisis situacional desde la Comunicación para el Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos San Juan de Dios.

Autor: Lozano, Leandro - Leg. 24604/7

Director: Mg. Iglesias, Martín
Codirector: Dr. Retola, Germán

Índice

Introducción	4
Palabras clave	4
Contexto sociopolítico	4
Antecedentes	5
Objetivos	7
Perspectivas y herramientas teórico/conceptuales	8
Justificación/Destinatarios	11
Desarrollo	12
1.1 Versión Técnica Comunicacional Simplificada	12
1.2 Versión Técnica Comunicacional Ampliada	14
2. Análisis y prescripción mediante Marcas de Racionalidad Comunicacional	20
3. Reconocimiento y jerarquización de actores	25
4. Caracterización de matrices socioculturales en torno al problema	27
5. Árbol de soluciones	30
6. Líneas de acción	34
Conclusión	36
Bibliografía	38
Anexos	40
1. Entrevistas	41
2. Documentos organizacionales	52
3. Cuadros	76
4. Observaciones	82

Introducción

La comunicación institucional se ha convertido en un activo clave para la gestión de las organizaciones. A su vez, conforma un espacio de disputas y tensiones en relación a la construcción de las mismas. Identidad, imagen y cultura organizacional son elementos que cada vez cobran mayor relevancia a la hora de pensar a las organizaciones del siglo XXI. Para ello se vuelve necesario analizarlas desde nuevos paradigmas, más acordes a los contextos complejos, fluidos y dinámicos donde se desenvuelven. Es allí donde la comunicación estratégica viene a realizar su aporte.

El presente trabajo pretende realizar un análisis situacional de la comunicación en el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios". El eje del trabajo propone generar una reflexión sobre los procesos comunicacionales que se desarrollan en dicha institución desde la mirada de la "comunicación estratégica" desarrollada por la Escuela de Comunicación Estratégica de Rosario. Se han evaluado las marcas de racionalidad comunicacional y la coherencia o no de éstas, con las prácticas y procesos de trabajo cotidianos.

La propuesta de valor está depositada en el propio proceso de trabajo. Analizar el estado de los procesos comunicacionales brinda un panorama general para la acción, con vistas a interpelar a los actores sociales intervinientes construyendo identidad, identificación e implicación. De esta manera se realiza un aporte desde la comunicación, con miras a la consecución de los objetivos propuestos por los directivos del hospital. Tal proceso contempla tanto la heterogeneidad cultural de los actores dentro de la organización, como la variabilidad o "fluidez" del contexto en el cual están inmersos.

Palabras Clave

Comunicación, Salud, Desarrollo, Planificación, Estrategia.

Contexto Sociopolítico

El hospital San Juan de Dios de La Plata es una organización pública, dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Por lo tanto, desarrolla sus actividades dentro del macrosistema de salud pública argentino, estando directamente influenciado por las decisiones político económicas de las administraciones de turno. Dicho contexto se caracteriza por ser altamente complejo y fluido.

Luego de las elecciones nacionales del año 2015, la cúpula dirigente del hospital fue reemplazada en su totalidad. Esto significó una modificación de su modelo de organización interna. En términos de Schvarstein (1989) se puede afirmar que la institución se encuentra en un momento de reestructuración, donde no sólo los procesos de trabajo son puestos bajo análisis y nuevos objetivos son establecidos, sino que toda la “estructura formal” del hospital se ve modificada. El instrumento propuesto para tal movimiento lo constituye el “Plan Estratégico San Juan de Dios 2016-2019”, el cual será analizado con mayor detalle en otro apartado de este documento.

Cabe resaltar algunas particularidades acontecidas en el proceso de “transición”. La “nueva dirección” aportó una nueva manera de hacer. Un nuevo *know how*, con su propia filosofía y valores. Esto, como se dijo anteriormente, se vio formalizado en un plan estratégico de gestión. El documento establece los nuevos parámetros y objetivos que los directores de la organización establecieron para la misma, así como la nueva estructura formal y su correspondiente organigrama.

La salud pública en la provincia de Buenos Aires es un campo de trabajo complejo, donde intervienen múltiples variables a tener en cuenta. Problemáticas relacionadas a infraestructuras hospitalarias casi obsoletas y escasamente mantenidas, se superponen a déficits de personal e insumos, salarios bajos, saturación en las capacidades operativas y falta de camas disponibles. Razón por la cual, tomar medidas que garanticen una mejor prestación de los servicios de salud es uno de los mayores desafíos que tienen por delante las administraciones en los próximos años.

Desde las organizaciones de la salud los esfuerzos se dirigen en el mismo sentido: mejorar un sistema sanitario que, a pesar de ser uno de los más solidarios y calificados de la región, se enfrenta a dificultades que ponen en riesgo su sustentabilidad, por la falta de inversión y administraciones deficitarias. Para ello el Hospital San Juan de Dios tiene planificado su curso de acción, el cual no deja de ser “perfectible”. Y para ello la mirada del campo de la comunicación/salud tiene la oportunidad de realizar su aporte.

Antecedentes

Al momento de iniciar el presente trabajo, el Hospital San Juan de Dios no contaba con experiencias previas en procesos de planificación de la comunicación institucional. Como se analizará más adelante, son pocos los hospitales de la región sanitaria XI de la provincia de Buenos Aires, que cuentan con áreas de comunicación dentro de su estructura habitual. Por ende este tipo de procesos representan una total innovación en la gestión de los hospitales.

Sin embargo, el “Plan Estratégico San Juan de Dios 2016-2019” supuso una primera aproximación a la realización de un proceso de planificación estratégica. Dicho documento incluye una mirada holística de la organización, dentro de la cual se destacan algunos elementos que son relevantes para el análisis situacional de los procesos de comunicación. A saber: el documento aborda la necesidad de construir un discurso identificador propio. Para ello, los “cuadros estratégicos” se han puesto de acuerdo en la redacción de ciertos elementos identitarios (Misión, Visión y Valores), al mismo tiempo que han convenido un listado de “desafíos estratégicos” a futuro. A continuación se enumeran los mismos:

- **Misión.** *“Somos un establecimiento especializado de alta complejidad, docente-asistencial con internación de pacientes agudos y crónicos que como centro de referencia en afecciones cardiovasculares y pulmonares complejas, patología infecciosa y máxilo-facial, desarrolla procesos clínicos y quirúrgicos que tiene como fin contribuir al logro de los objetivos sanitarios de la provincia de Buenos Aires”.*

- **Visión:** *“Constituirnos en un establecimiento público de salud que recupere su prestigio y excelencia y sea modelo en nuestra provincia y en el país como centro de salud gestionado por procesos inteligentes e innovadores que integre y lidere una red eficiente de respuesta para la alta complejidad de las enfermedades cardiopulmonares e infecciosas raras y prevalentes. De esta manera poder contribuir al desarrollo, formación y jerarquización de nuestros profesionales, trabajadores, docentes y/o estudiantes que transiten por nuestro hospital en pos de garantizar que nuestros pacientes y nuestra comunidad de referencia o de influencia pueda contar con una organización que busca de manera continua, sistemática y planificada la excelencia asistencial”.*

- **Valores**
 - Honestidad y transparencia
 - Compromiso y responsabilidad
 - Respeto a la dignidad de las personas
 - Ética individual e institucional
 - Prevención, precaución, protección y prudencia
 - Perseverancia, tolerancia y firmeza
 - Solidaridad y Lealtad
 - Excelencia (cultura del trabajo y del error)
 - Protección del ambiente

Desafíos estratégicos (Ver anexo 2.3)

- Trabajo eficiente en red
- Reorganización del modelo de gestión interna
- Desarrollo de la cultura y ética del trabajo compartido
- Profundización de una mirada humanizada del cuidado de la salud y del que la cuida.
-

A partir de éstos elementos se sienta una base teórica y operativa sobre la cual se organizan los procesos de trabajo en el hospital. Desde allí que las distintas áreas han construido sus propios proyectos y programas “a nivel micro”. Es así que el área de comunicación realizó su diagnóstico y plan de gestión.

Este documento, que puede consultarse en el anexo 2.4, consta de seis etapas (descriptivas):

1. Identificación-Diagnóstico: donde se describen los recursos edilicios, equipamiento, insumos, redes y procesos de trabajo, recursos humanos, funciones y actividades que realiza el área.
2. Objetivos: se desarrollan brevemente los objetivos anuales del área.
3. Líneas de acción: se describen tres líneas orientadas a la comunicación interna, externa y actividades de ceremonial.
4. Metas: en este apartado el área se limita a plantear un horizonte temporal para la realización de una serie de actividades que están contempladas en las redacción de las líneas de acción.
5. Recursos necesarios: aquí se enlistan una serie de recursos que el área considera como necesarios para la consecución de sus objetivos.
6. Responsables: finalmente se enumeran los integrantes del área de comunicación.

Objetivos

- General: Conocer en profundidad los procesos comunicacionales que se llevan a cabo en el H.I.E.A. y C. San Juan de Dios para identificar problemáticas de desarrollo y planificar estrategias de comunicación.
- Específicos:
 - Identificar actores clave y redes de conversación.
 - Reconocer la dimensión formal e informal de la organización.
 - Evaluar acciones y productos comunicacionales.
 - Dar cuenta de la identidad, cultura e imagen de la organización.

Perspectivas y Herramientas teórico/conceptuales

El abordaje teórico/metodológico parte desde la metaperspectiva de la comunicación estratégica propuesta por Massoni (2013). Se entiende a la comunicación como el espacio simbólico de construcción de sentidos por parte de sujetos sociales. La perspectiva estratégica, le imprime a esa concepción una dimensión transformadora de la realidad. Massoni (2013) propone pensar la estrategia como dispositivos transformadores de esa realidad. Se busca identificar en lo conversacional las “marcas de racionalidad comunicacional” para reconocer cuál es la “concepción dominante” de la comunicación que prepondera en un determinado contexto comunicacional. De este modo se realiza un análisis sobre las prácticas sociales que se llevan a cabo dentro de la organización con miras a diseñar una estrategia comunicacional para el cambio.

El diagnóstico de comunicación se ha llevado a cabo a través de un proceso de investigación ya que el objetivo será “relevar el estado de las comunicaciones de la institución a partir de la identificación y sistematización de las distintas variables de la comunicación institucional” (Amado Suárez, 2011), para posteriormente pasar a una etapa de planificación o elaboración de líneas de acción en vistas de modificar situaciones no deseadas o introducir mejoras en los procesos.

Dicho proceso de investigación/planificación, no pretende encasillarse bajo los estándares de un sistema de clasificación. Sin embargo, se destacan como marcos de referencia, los modelos de planificación estratégica situacional, donde lo económico no puede escindirse de lo político, y lo social “ocurre en juegos indeterminados de alta complejidad” (Matus, 2007); y el modelo de planificación prospectiva, por la característica de construcción colectiva que éste asuma y la idea central que se apoya en el valor que se le asigna a la construcción de futuros (Uranga, 2016, p.78-79).

Es importante destacar que la salud es uno de los bienes más preciados con los que cuenta una sociedad. Por ello se la considera como “la lucha por alcanzar un ‘óptimo vital’ tendiente a que el hombre y la mujer, los niños y las niñas sean felices y puedan avanzar, desarrollarse continuamente en su vida” (Ferrara, 2005).

De esta manera se la entiende como un derecho humano básico e imprescindible para lograr el desarrollo social (Ghitia & otros; 2003) en su máxima expresión. Este concepto incluye no sólo el bienestar físico y psíquico, sino también cultural. Es en la dimensión cultural de la salud precisamente, donde la comunicación despliega su potencialidad de cambio. De allí la pertinencia de abordar el proceso de diagnóstico y planificación desde una perspectiva comunicacional, con miras a transformar no sólo la realidad cotidiana de quienes trabajan en el ámbito de la salud, sino también para quienes son usuarios del mismo.

En cuanto al ámbito de trabajo, se resalta que el hospital es “el producto de un esfuerzo de sentido social, en virtud del cual la asistencia que reclama el necesitado es un derecho que refluye

socialmente en un deber” (Carrillo, 1951). Los esfuerzos están puestos, en palabras de Ramón Carrillo, en poder ver al hospital no como una casa de enfermedad, sino como casas de salud. Desde este punto de partida la comunicación será la clave para lograr ese cambio de visión y transformación cultural al cual apelaba el sanitarista argentino en su libro “Teoría del hospital”.

A su vez el hospital es una organización social. Y como tal, cuenta con una cultura y filosofía propia impregnada por los hombre y mujeres que la constituyen. Partiendo de los concepto de organización como “fenómeno político” (Flores, 1994, p. 39) y “red conversacional” (Bronstein y otros, 1995, pp. 379-398), es menester rastrear en las conversaciones y sus trasfondos para poder dar con una construcción lo más real posible de la organización. De este modo se trabaja en el plano de la identidad de la organización. En palabras de Etkin y Schvarstein (1989) se trabaja sobre “lo que la organización es”, detectando tensiones, conflictos y asimetrías, que se presentan en contextos fluidos que constantemente cambian, y con ellos cambia también, la propia organización.

Se han indagado elementos propios de la comunicación interna y externa, sabiendo que a pesar de ser dos lógicas comunicacionales diferentes, ambas forman parte de un todo unificado: la comunicación organizacional. El fin es poder construir a la institución desde la mirada de quienes la conforman, detectar tensiones y programar el discurso identificador (Scvharstein, 1989) del hospital, para que éste último pueda cumplir con sus objetivos de crecimiento y desarrollo.

Se ha utilizado como metodología de trabajo, el modelo de investigación comunicacional enactiva, propuesto por la Escuela de Comunicación Estratégica de Rosario. La elección de dicho modelo metodológico responde a que se pretende abordar la “comunicación como fenómeno histórico, complejo, situacional y fluido” (Massoni, 2013, p. 15). Desde esta perspectiva se trabaja la estrategia como dispositivo que pretende transformar la realidad, a la vez que la interpreta y dota de sentido. De esta manera la estrategia no es una receta “prefabricada” a aplicar aleatoriamente, sino que es un constructo específico diseñado por y para la organización mediante la interacción de actores diversos y entornos fluidos.

Se destaca la conceptualización de “futuribles” por parte de los actores intervinientes en el proceso de investigación/planificación. Son ellos quienes imaginan la situación deseada que se pretenderá alcanzar con el aporte de la estrategia comunicacional.

A modo esquemático se enumeran las etapas que contempla la metodología de la Escuela de Rosario, comprendiendo que el proceso de construcción y diseño estratégico, no necesariamente responde linealmente a ellas.

1. Definición de la Versión Técnica Comunicacional (VTC): se describen y analizan las problemáticas detectadas en la etapa diagnóstica. Se pretende “establecer la dirección de la transformación buscada” (Massoni, 2013, p. 29), identificando

obstáculos (Causas, consecuencias, síntomas), percepciones y brechas entre la situación deseada -por los actores de la organización- y la actual.

2. Análisis y prescripción mediante Marcas de Racionalidad Comunicacional: en esta instancia se busca ahondar en las “marcas de racionalidad comunicacional”, es decir, en las nociones y sentidos construidos en torno a la comunicación dentro de la organización. De este modo, se identifica la dimensión comunicacional dominante y le permite al equipo de trabajo formular una propuesta que opere desde otras racionalidades.
3. Reconocimiento y Jerarquización de actores: aquí se realiza un mapeo de actores relevantes para cada problemática relevada. Se reconoce su diversidad y se los jerarquiza.
4. Caracterización de matrices socioculturales: se agrupa a los actores relevados mediante el mapeo, en torno a categorías construidas ad hoc para abordar las problemáticas previamente identificadas. Cada matriz es un grupo heterogéneo de actores con intereses, percepciones, motivaciones, etc. distintas por lo que debe prestarse atención a los saberes, necesidades y expectativas de cada matriz, para saber cómo operar con cada una de ellas (sensibilizar, informar, participar o promover el encuentro sociocultural).
5. Árbol de soluciones: “se enlistan y sistematizan acciones y productos comunicacionales que aportan en la dirección buscada en el despliegue de la estrategia” (Massoni, 2013, p.95). En esta etapa se unen, problemáticas, actores/matrices socioculturales y procesos comunicacionales, con acciones concretas a desarrollar.
6. Investigación de campo: se utiliza esta herramienta para operacionalizar las técnicas de recolección de datos con las variables a relevar y las matrices socioculturales que participan en tales procesos.
7. Diseño del Plan Operativo Inicial de la Estrategia Comunicacional: “se despliegan acciones, productos y espacios de comunicación que favorecen los procesos comunicacionales deseados” (Massoni, 2013, p.159). Se confecciona un documento donde se detallan ejes (qué hacer) y tonos (cómo hacerlo). Mediante esta etapa queda sintetizado todo el proceso de “investigación enactiva”, el cual tiene como objeto la realización de los futuribles imaginados al comienzo del proceso.

A su vez, las técnicas de recolección de información han sido predominantemente de tipo cualitativo, mediante técnicas de investigación etnográfica (entrevistas semiestructuradas,

observación participante y no participante, análisis de piezas comunicacionales y documentación institucional).

Justificación y argumentación analítica de la creación de la producción en el campo comunicacional. Circulación y explicitación de los destinatarios (directos e indirectos). Recursos materiales.

Se ha considerado necesaria la intervención desde el campo comunicacional en los procesos de construcción de sentido que se dan dentro del Hospital San Juan de Dios, porque amplía la forma en la cual se conciben dichos procesos y aporta una metodología teórico/práctica innovadora para la formulación de estrategias de comunicación que ayuden a la organización a cumplir con sus objetivos.

El proceso de diagnóstico comunicacional desde la mirada teórica de la Comunicación Estratégica desarrollado por Massoni (2013), aporta una sistematicidad sin precedentes para el Hospital San Juan de Dios. Ello si tenemos en cuenta que tal institución es una de las pocas que cuenta dentro de su rubro, con un área dedicada a la gestión de la comunicación a nivel de la provincia de Buenos Aires. Por ende, esta práctica implica un avance en materia de profesionalización de la gestión comunicacional dentro de organismos públicos del rubro de la salud.

De esta manera, se sienta un metodología nueva que tiene el potencial de ampliar el trabajo realizado diseñando y planificando, a raíz del diagnóstico comunicacional, una estrategia de comunicación que se vincule con los objetivos institucionales.

Los destinatarios directos del presente trabajo son los directores y tomadores de decisión del Hospital San Juan de Dios, ya que son ellos quienes tienen la facultad de decidir e influir directamente en el rumbo que toma el hospital y la comunicación dentro del mismo.

Por otro lado, los destinatarios indirectos son todos los empleados y usuarios del Hospital, que se verían beneficiados ante una situación de mejor planificación de estrategias comunicacionales, ya sea al contar con mayor y mejor información o al disponer de espacios donde se les “dé voz” a sus reclamos u opiniones.

Desarrollo

1. Descripción de la Variable Técnica Comunicacional (VTC)

1.1 Versión Sintética

“A pesar de ser un hospital pionero (dentro del área sanitaria XI) en contar con un área de comunicación, aún las potencialidades de ello no pueden vislumbrarse claramente. Existe una fuerte tendencia a trabajar la comunicación institucional sólo en la dimensión informativa de la misma.”

Aspectos Estructurales

Se denomina aspectos estructurales, a aquellos elementos que forman parte de la organización desde la propia concepción de la misma. De esta manera, se infiere son elementos de mayor complejidad a la hora de pensar estrategias que apelen al cambio o modificación de los mismos. Se identifican dentro de esta categoría dos sub-aspectos. Por un lado el sub-aspecto ideológico, entendiéndose como una trama de sentidos, conceptos y normas elementales configurada desde el momento de la concepción de la organización y que permanentemente se (re)configuran de manera oscilante.

Por otro lado, se destacan una serie de elementos económicos/estructurales, que se entienden como aquellos relacionados a la matriz económica financiera de la institución, que condicionan (por su valor crítico) la vida misma de la organización. A continuación se enumeran los aspectos relevados a través del proceso de investigación/diagnóstico.

Sub-aspectos Ideológicos

- Concepción imperante de la comunicación como “herramienta de transmisión de información”
- Tensión presente en la ejecución de los procesos y prácticas de gestión, entre el modelo biomédico de la salud y el modelo superador en clave cultural de promoción de la salud y producción social de sentido en torno a ella.
- Una cultura organizacional fuerte, permeable a los efectos negativos de la burocracia, falta de motivación e implicación típica de la administración pública.

Sub-aspectos económicos

- Recursos económicos históricamente escasos
- Maniobrabilidad reducida en la generación de recursos económicos a causa de la estructura piramidal del sistema sanitario argentino.

Aspectos Coyunturales

A este tipo de aspectos se los interpreta como aquellos elementos que tienen un impacto directo en la gestión y devenir de la organización, pero que por su alcance y escala, presentan un margen de asequibilidad más cercano y factible. De esta manera se hace más favorable emprender estrategias y tácticas de intervención sobre este tipo de aspectos.

Se dividen en tres sub-aspectos:

En primer lugar el sub-aspecto económico hace referencia a aquellos elementos pecuniarios que hacen posible la gestión cotidiana de la organización. Entiéndase por ellos, asignación presupuestaria, partidas extrapresupuestarias, decisiones de ahorro/subejecución, distribución de bienes/útiles materiales, etc.

En segundo lugar, el sub-aspecto técnico se refiere a las herramientas de gestión que aplican los tomadores y ejecutores de decisiones.

Finalmente el sub-aspecto político/cultural engloba las políticas y características culturales a un nivel de mayor superficialidad. Ejemplo de ello son: estilos de gestión, modos de ser y hacer, formas de resistir o posibilitar el cambio, etc. Nuevamente, a continuación se enumeran los elementos relevados durante el procesos de investigación/diagnóstico.

Sub-aspectos económicos

- La prioridad en la asignación de las partidas económicas está dada a insumos directamente relacionados a la atención médica.
- La nueva gestión tomó como decisión la reestructuración edilicia del hospital. Proyecto que demanda una fuerte asignación de recursos y absorbe la centralidad en la toma de decisiones.
- El área de comunicación históricamente gestiona prácticamente con “presupuesto cero”.
- Los salarios de los trabajadores son de los más bajos dentro de la escala salarial argentina.

Sub-aspectos técnicos

- Los trabajadores del área de comunicación poseen una visión altamente técnica de su trabajo.
- Los procesos de trabajo están por demás esquematizados. No existen espacios de creación o fomento de ideas innovadoras.
- Los recursos técnicos y tecnológicos son obsoletos. Computadoras viejas, software desactualizado, monitores obsoletos para el diseño gráfico y oficina pequeña y mal climatizada en todas las estaciones del año.

- Dificultad para medir el real impacto de las estrategias de comunicación. Sobre todo en lo relacionado a la comunicación interna.

Sub-aspectos político/culturales

- La actual gestión ha modificado el rol del área de comunicación, pero aún es muy ambiguo en el lugar que ocupa dentro de la estructura hospitalaria.
- Todos los trabajadores relacionados a la comunicación y la alta gerencia, no conciben (en la práctica) a la comunicación por fuera de su dimensión informativa.
- Un alto número de trabajadores hospitalarios se considera desmotivado y no tenido en cuenta.

1.2 Versión Ampliada

El diagnóstico comunicacional realizado en el Hospital San Juan de Dios de La Plata, es el producto de dos años de trabajo (investigación) durante los cuales no sólo me he desempeñado como analista comunicacional, sino también como trabajador del hospital dentro del Departamento de Sistemas de Información y Estadística. Me es menester comenzar con tal aclaración, porque como afirman Etkin y Schvarstein (1989), es imposible para el “analista organizacional (comunicacional)” abstraerse de su lugar en la organización y en el proceso de análisis/diagnóstico. Por ello, que las conclusiones e inferencias que se realizan a lo largo del presente trabajo estarán inevitablemente impregnadas por mi doble rol de analista comunicacional y trabajador dentro de la estructura de la organización sobre la cual se efectúa dicho análisis. De este modo podría desdejar las primeras líneas del apartado, aclarando que el presente diagnóstico es producto no de dos, sino de más de siete años de trabajo (dentro de la organización, en distintas áreas), con todo lo que ello implica a la hora de (re)pensar las percepciones puestas en juego propias de mi rol como analista. Hecha tal salvedad paso a detallar de manera ampliada la Versión Técnica Comunicacional (VTC).

El Hospital San Juan de Dios (HSJD en adelante), es uno de los 24 hospitales que integran la región sanitaria XI, dentro de la provincia de Buenos Aires. A su vez, es uno de los pioneros en contar con un área (servicio) específica dedicada a la comunicación dentro del hospital. De hecho, dentro del modelo de gestión propuesto históricamente por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSBA de aquí en adelante), no se contempla para la estructura u organigrama formal de las instituciones sanitarias, la existencia de un área de comunicación. Como explica Pelliti (2016) “el estudio de la comunicación en instituciones de salud es un campo de incipiente desarrollo que en los últimos años ha alcanzado mayor relevancia y profundización”. Sin embargo, en el caso del HSJD esto aún carece de un impacto lo suficientemente significativo, lo cual se infiere a partir del lugar que las actuales autoridades del sector le dan al área de comunicación y a su vez, en cómo piensan su rol y alcance. Cabe resaltar, en este momento del análisis, que hablar

de “impacto significativo del área de comunicación” es una aseveración intencionalmente imprecisa, mediante la cual se pretende hacer foco también, en que aún el hospital no cuenta con mecanismos fidedignos para mensurar tales impactos. Problema que no es solamente propio del HSJD, sino que aqueja en líneas generales a todos los que trabajan en planificación comunicacional debido a “la complejidad y a la fluidez que es propia de la comunicación estratégica” (Massoni en Arribas, 2017, p.203).

El Área de Comunicación del HSJD se crea a partir de la incorporación para la realización de un trabajo solicitado ad hoc, por la gestión a cargo del Doctor Martín Castilla, en el año 2008, de la Diseñadora en Comunicación Visual (DCV) María Laura Soya. Este hito marca la primera preocupación por trabajar de manera profesional y específica la comunicación dentro del hospital. Se puede ver cómo desde los albores de la creación de un área de comunicación dentro de la estructura del hospital, ya se hacía hincapié en el “uso” de la comunicación como herramienta a través de su vertiente “visual”. A lo largo de los más de nueve años desde ese “hito fundacional”, el área contó con la incorporación de dos Licenciadas en Comunicación Social (orientadas en periodismo por la Universidad Nacional de La Plata), de las cuales al momento de escribir estas líneas sólo una es parte del área.

A partir del mes de diciembre de 2015, el área se vio en la situación de adaptarse por primera vez a una nueva dirección diferente de la que la había creado como espacio dentro del organigrama del hospital en el año 2008. Este hecho significó un reacomodamiento por parte de las dos profesionales integrantes del espacio. La nueva gestión a cargo del Doctor Daniel Corsiglia, dio comienzo a un proceso de ejecución de una “Planificación estratégica y operativa” (como se desprende del nombre del Plan diseñado y ejecutado por miembros de la cúpula dirigenal del hospital), dentro de la cual la comunicación ocupó unos de los “desafíos estratégicos” propuestos, estableciéndose como “unidad de gestión”. Esto en la práctica se materializó con la incorporación del Licenciado en Relaciones Públicas, Ricardo Sánchez Dillón, como coordinador designado ad hoc por el director ejecutivo. La figura del coordinador es empleada como un filtro entre el área y la dirección ejecutiva del hospital. De esta manera se reconfiguró la red de relaciones y la trama de poder que estaba presente a la hora de tomar decisiones sobre los procesos comunicacionales desarrollados en el hospital y el rumbo que debería tomar el área de comunicación en función a ellos.

Es importante destacar que como el MSBA no contempla la existencia de un área de comunicación dentro de las estructuras formales de los hospitales, en la realidad informal del HSJD no existía ni existe hoy día el cargo de “Jefe” o “Encargado” de comunicación. Por lo cual, a partir de la incorporación de un “coordinador”, es éste quien “hace las veces” de jefe o encargado. Existe una nebulosa en torno a las responsabilidades y jerarquías dentro del área, lo cual inevitablemente genera tensiones. Las mismas se manifiestan en los discursos de quienes forman parte del sector (Ver anexos 1.1, 1.2 y 1.3), como puede observarse en las entrevistas realizadas.

Se observa una oposición entre quienes afirman no sentirse escuchadas en la toma de decisiones y quien afirma, por el contrario, que los procesos de decisión se dan de manera plural y consensuada.

Aclarada cuál es la situación de la comunicación dentro del organigrama (formal e informal) del hospital, es necesario proceder a analizar otras cuestiones de fondo que revisten, incluso, mayor relevancia. Se han denominado como aspectos estructurales y se subdividen en “ideológicos” y “económicos”. A continuación se describen.

Sub-aspectos Ideológicos

- Concepción imperante de la comunicación como “herramienta de transmisión de información”

En todos los discursos generados a través de la técnica de entrevistas semiestructuradas, se pudo corroborar un fuerte arraigo de la noción de comunicación como herramienta de transmisión de información. El carácter técnico/informativo prevalece en la conceptualización que los principales tomadores de decisiones tienen sobre la comunicación. Ello genera por un lado, la libre circulación de actividades que hacen a la generación de flujos de información y productos comunicacionales (como gestión de redes sociales, carteleras, etc.). Pero a su vez, invisibiliza e imposibilita cualquier otro tipo de acción que tenga que ver con la comunicación como “espacio de encuentro sociocultural” (comunicación para la motivación e implicación, clima laboral, consenso y diálogo, producción de sentidos, etc.). No se presentan productos comunicacionales que actúen en este sentido.

- Tensión presente en la ejecución de los procesos y prácticas de gestión, entre el modelo biomédico de la salud y el modelo superador en clave cultural de promoción de la salud y producción social de sentido en torno a ella.

El dilema que enfrentan las instituciones sanitarias en su devenir podría bien esquematizarse en la dicotomía de “lo urgente/lo importante”. El modelo biomédico de la salud pone al hospital como un espacio de la “no salud”, donde el principal objetivo es curar por sobre cualquier otro tipo de consideración. El debate teórico ha ido avanzando a lo largo de los años y desde la Declaración de Alma-Ata (1978) y la Carta de Ottawa (1986), es que podemos hablar de hospitales como “espacios de promoción de la salud y hábitos de vida saludable”. Esta disputa teórica, que se ve profundizada aún más, por las nuevas concepciones sobre la salud, como la que la piensa en clave cultural, en la práctica se enfrentan con un nivel de complejidad que exige a las organizaciones sanitarias nuevos paradigmas a la hora de pensar la gestión de las mismas y el diseño de estrategias (de gestión y de comunicación). El HSDJ no es la excepción, y un su

devenir cotidiano debe enfrentarse a esta tensión que lo hace oscilar entre una postura asistencialista (cura) y otra sanitarista (promoción).

- Una cultura organizacional fuerte permeable a los efectos negativos de la burocracia, falta de motivación e implicación típica de la administración pública.

Las organizaciones analizadas desde el paradigma de la complejidad (Etkin, 1989) presentan dinámicas multi variables y fluidas. A su vez, las organizaciones públicas, como es el caso el HSJD, presentan estructuras burocráticas y conservadoras, que dificultan los procesos generadores de innovación y que, en situaciones donde el cambio es más brusco, el reacomodamiento organizacional tiende a ser más traumático.

Desde la implementación del “Plan Estratégico San Juan de Dios 2016-2019”, se ha podido visualizar tensiones propias del proceso de cambio que ello significó. Esto puede observarse en los resultados de las encuestas de clima laboral realizadas durante el mes de Marzo de 2017, donde más de un tercio de los trabajadores encuestados afirman sentirse poco o muy desmotivados (ver anexo 2.2). Nuevamente cabe destacar el esfuerzo realizado por la gestión del HSJD por intentar medir ciertos indicadores que hasta el momento eran pasados por alto. Pero aún así, los resultados obtenidos encienden una luz de alarma en términos de motivación e implicación de los trabajadores. Situación que la comunicación gestionada desde un paradigma multidimensional, como el propuesto por Massoni (2008), puede dar respuesta o al menos una guía práctica de acción.

Sub-aspectos económicos

- Recursos económicos históricamente escasos

Analizando al HSJD es necesario entender que éste está inserto dentro de una realidad socioeconómica de la cual no puede verse escindido. Si bien la información estadística lanza números positivos en la relación aumento de presupuesto sobre el aumento de la producción del hospital, los recursos económicos no son abundantes y deben ser gestionados cuidadosamente. Se puede observar una evolución de las partidas presupuestarias que envió el MSBA al hospital para el año 2016 (fecha en que comenzó la ejecución del Plan Estratégico vigente) que se vieron aumentadas sólo en un 16,1% (teniendo en cuenta el cálculo inflacionario) con respecto al año 2015, mientras que la producción del hospital aumentó un 4,12% en sus áreas de internación y disminuyó un -1,36% para sus áreas de consultorios externos. Más allá de que esos datos otorguen un “saldo superavitario”, a través de la herramienta de observación no participante puede constatar una fuerte demanda de reacondicionamiento edilicio a insumos. Datos que también pueden corroborarse en la encuesta de clima laboral citada anteriormente. El 50,6% de los empleados encuestados manifestó contar con los insumos necesarios “a veces” y el 40,5% de los mismos considera que las condiciones edilicias son “malas”. Así mismo, en la encuesta de

“Satisfacción en la Atención de Consultorios Externos” del primer trimestre de 2017, cuando se preguntó a los encuestados sobre sugerencias o comentarios, el principal tópico relevado fue la falta de higiene y las malas condiciones edilicias de algunos sectores (ver anexo 2.2).

- Maniobrabilidad reducida en la generación de recursos económicos a causa de la estructura piramidal del sistema sanitario argentino.

En este aspecto, se destaca la estructura en sí misma de asignación presupuestaria para los hospitales de la provincia de Buenos Aires. El HSJD se financia a través de 3 líneas presupuestales principales. Por un lado, el financiamiento denominado “Partidas Presupuesto” otorgado por el MSBA. En segundo lugar por las “Partidas SAMO”, las cuales se obtienen de deducir el 40% de los pagos que las obras sociales de los pacientes (que las declaren al momento de la atención) realizan al hospital (un 50% restante de las mismas se dividen en concepto de bono entre los trabajadores del hospital). Y finalmente una “Partida Extrapresupuestaria” que se extrae del 10% restante de las partidas SAMO que son retenidas y administradas por el MSBA, a fin de ser ejecutadas de manera extraordinaria ante gastos excepcionales (por lo general compra de equipamientos médicos de mediana y/o alta complejidad). De esta descripción se infiere que más allá de las partidas asignadas anualmente por el MSBA, el hospital cuenta con sólo el 40% de las partidas SAMO para gastos corrientes (no previstos por el MSBA), las cuales están sujetas a la relación entre las obras sociales y el hospital.

En un segundo nivel de análisis de los aspectos del problema, que se ha denominado “coyuntural”, encontramos los siguientes sub-aspectos:

Sub-aspectos económicos

- La prioridad en la asignación de las partidas económicas está dada a insumos directamente relacionados a la atención médica.

Las prioridades del hospital están directamente relacionadas con la concepción que tengan sus dirigentes sobre el rol del hospital y la salud pública en general. Si se prioriza el acto de curar (concepción biomédica), los recursos se destinarán en este sentido. Por lo tanto existe una tensión entre destinar fondos a la atención médica directa y urgente, y aquellas partidas que podrían destinarse a áreas colaterales o “de apoyo”, dentro de las cuales se encuentra el Área de Comunicación.

- La nueva gestión tomó como decisión la reestructuración edilicia del hospital. Proyecto que demanda una fuerte asignación de recursos y absorbe la centralidad en la toma de decisiones.

El proyecto de reacondicionamiento edilicio, que es central para la nueva gestión, ha puesto en el centro de la escena todos los esfuerzos (físicos, mentales y económicos) en torno a tal objetivo. Nuevamente surge una “tensión presupuestaria”.

- El área de comunicación históricamente gestiona prácticamente con “presupuesto cero”.

Desde su creación, en el año 2008, el área de comunicación es un sector de baja demanda energética (entendiendo energía como la suma de partidas presupuestarias y esfuerzos personales). Jerarquizar este sector implicaría ponerlo en el centro de la escena, por lo cual demandaría mayor dinero, participación y espacio en las tomas de decisiones.

- Los salarios de los trabajadores son de los más bajos dentro de la escala salarial argentina.

La cuestión salarial es clave en la percepción de la motivación por parte de los trabajadores. Ello puede observarse en los resultados de la encuesta de clima laboral 2017 (Ver anexo 2.2) donde el 81,2% de los trabajadores contestó sentirse “poco” o “nada” satisfecho de su ingreso salarial. Si a esto se le suma que el hospital no cuenta con la libertad de destinar dinero extra salarial a sus trabajadores, nos encontramos con la imposibilidad de utilizar dinero como factor motivacional.

Sub-aspectos técnicos

- Los trabajadores del área de comunicación poseen una visión altamente técnica de su trabajo.

Eso surge de las entrevistas realizadas (anexos 1.1, 1.2 y 1.3) donde se puede observar la prominencia de una visión técnico/instrumental del trabajador de comunicación y una cierta comodidad con su statu quo. Probablemente opere en este sentido un dispositivo relacionado con la falta de motivación general expresada por los trabajadores del hospital.

- Los procesos de trabajo están por demás esquematizados. No existen espacios de creación o fomento de ideas innovadoras.

El trabajo mecánico tiende a generar rutinas conservadoras que no favorecen la creatividad y la innovación. Ejemplo de ello son las acciones que emprenden desde el área de comunicación y su falta de proactividad.

- Los recursos técnicos y tecnológicos son obsoletos. Computadoras viejas, software desactualizado, monitores obsoletos para el diseño gráfico y oficina pequeña mal climatizada en todas las estaciones del año.

Ello puede observarse en el reducido espacio del que cuenta el área, y su equipamiento notoriamente obsoleto. Esto genera desmotivación y falta de interés por generar soluciones proactivas a los problemas.

- Dificultad para medir el real impacto de las estrategias de comunicación. Sobre todo en lo relacionado a la comunicación interna.

El problema de la medición en comunicación es frecuente y podemos observarlo en los últimos trabajos de Massoni (2017). Sin embargo, la falta de proactividad comentada anteriormente y la escasez de recursos, tienden a aumentar la dificultad por medir el “impacto comunicacional”.

2. Análisis y prescripción mediante Marcas de Racionalidad Comunicacional

Para realizar el siguiente análisis mediante marcas de racionalidad comunicacional, se ha aplicado el modelo de Comunicación Estratégica desarrollado por la doctora Sandra Massoni (2013). Las técnicas de recolección de información, como se ha descrito anteriormente responden a herramientas de tipo etnográfico. A saber: se han realizado 5 entrevistas semiestructuradas a actores clave dentro de la organización, recolección y análisis de documentos institucionales y finalmente, con el objetivo de respaldar la investigación cualitativa, se ha procedido a la revisión de estadísticas generadas por la institución durante el año mismo en el que éste trabajo de diagnóstico fue realizado.

El objetivo de esta instancia de análisis es reconocer las distintas dimensiones comunicacionales que operan en la realidad organizacional, con el fin de, en una instancia posterior, planificar una estrategia de comunicación que integre, potencie o dosifique dichas dimensiones. Para ello el analista indaga sobre “marcas” que percibe en el devenir organizacional. A saber: linealidad o multiplicidad con la que se dan los procesos, horizontalidad o verticalidad presente en las relaciones y flujos comunicacionales, presencia de espacios de participación que pueden darse o no dentro de la organización, segmentación o generación de redes de comunicación y, finalmente, la identificación de cuál es la noción imperante en torno a la comunicación. Es decir, cómo es vivida, pensada, analizada y ejecutada la comunicación, o mejor dicho, los procesos comunicacionales dentro la organización a analizar.

Se destacan cuatro dimensiones habituales de la comunicación (Massoni, 2013; pp. 63-65):

- Informativa: predominan las marcas relacionadas a la linealidad, verticalidad, segmentación y comunicación operativa. Se trata de la comunicación como herramienta de transmisión de información. Se destaca la preeminencia importancia en los productos comunicacionales por sobre los procesos. Las marcas de racionalidad predominantes son: linealidad, segmentación, verticalidad, comunicación operativa, etc.

- Ideológica: “Da cuenta de las formaciones culturales e ideológicas desde lo supraestructural” (Massoni, 2013, p. 64). Las marcas predominantes son de nuevo: linealidad, verticalidad, segmentación, comunicación operativa, denunciismo.
- Interaccional: en este sentido se refleja a la comunicación como un proceso social de producción de sentido, en el cual es necesario analizar a los individuos y grupos para verificar la “efectividad” de los mensajes. Las marcas aquí presentes son: linealidad, horizontalidad, segmentación, interacción entre sujetos, etc.
- Sociocultural: esta dimensión es la que abarca “lo fluido”. En este caso se piensa a la comunicación como espacio relacionante de la diversidad sociocultural. Se hace necesario el análisis desde las mediaciones por sobre los productos. Las marcas presentes son: heterogeneidad, multiplicidad, redes, comunicación como articulación de la diversidad no dualista, intersubjetividad, etc.

Ya presentadas las herramientas teórico/conceptuales y metodológicas se procede a la descripción y análisis de la realidad comunicacional construida a raíz del diagnóstico comunicacional realizado.

En términos generales, en el Hospital San Juan de Dios, existe una marcada tendencia a considerar a la comunicación como una herramienta lineal (cuasi mecánica) de transmisión de información pura, objetiva y con una direccionalidad mayoritariamente vertical y de flujo descendente. Ello puede inferirse por dos motivos. Uno a raíz de las declaraciones de quienes son los encargados de gestionar el área de comunicación del Hospital (profesionales que trabajan en ella, coordinador y directores) y, por otro lado por los hechos en sí mismo. Es decir, se puede relevar una amplia variedad de productos comunicacionales donde la razón de ser de los mismos es la “transmisión informativa”, y el débil fomento de instancias de diálogo y construcción colectiva de sentidos y significaciones. Productos que operen en la mejora de esta última aseveración podrían ser: talleres de capacitación participativos en los servicios, jornadas de esparcimiento, consulta previa a la toma de decisiones centrales que afectan al desarrollo de las actividades de las distintas áreas, etc. Cabe destacar, sin embargo, que la actual gestión se muestra siempre abierta al diálogo, pero con una actitud receptiva/pasiva, poco proactiva. Es decir, no se generan espacios de diálogo, sino que se “presupone” que la mera actitud de “apertura” es suficiente. No existen acciones realizadas que expresamente tengan por objetivo motivar la participación y el sentimiento de implicación por parte de los trabajadores en la toma de decisiones, que muchas veces son vitales para su trabajo diario. Ello se puede observar en el resultado de las encuestas de clima laboral 2017 (ver anexo 2.2), donde un 35,3% de los entrevistados considera que sólo “a veces” son tenidas en cuenta sus opiniones y un 28,3% “nunca”.

La misma pasividad se percibe en las declaraciones de las profesionales que se desempeñan en el área de comunicación, donde concluyen que “muchas veces no nos enteramos de las cosas y por eso no las *informamos*”. En esa oración se resumen dos de las situaciones clave identificadas.

Por un lado la preponderancia de “la información como razón de ser del área” y en segundo lugar la pasividad con la que opera.

Es necesario resaltar nuevamente, que el área de comunicación cuenta con pocos años de trabajo efectivo en el hospital, y de hecho es un espacio que siquiera forma parte de la estructura formal planificada para los hospitales por partes del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Es decir, que la comunicación organizacional como área formal no es reconocida en los hospitales de la región sanitaria XI, como se expuso anteriormente al describir la Versión Técnica Comunicacional. Ello prueba la necesidad de reforzar el trabajo en este sentido, jerarquizar a las áreas de comunicación en los distintos hospitales, y a partir de esa base, pensar en estrategias de comunicación que integren múltiples dimensiones comunicacionales. Un desafío complejo que requiere de múltiples y diversas variables que van desde la voluntad política a nivel ministerial, hasta la asignación de presupuesto y puesta en práctica de procesos de planificación comunicacional por parte del área de comunicación.

Relacionado a esta última aseveración, se destaca que a partir del año 2015 se viene desarrollando en el Hospital San Juan de Dios, un fuerte proceso de planificación estratégica. El mismo ha sido compartido con los trabajadores del establecimiento desde el primer día en que comenzó la gestión que lo lleva adelante. Dicho proceso fue desarrollado por un equipo técnico, conformado por los actuales directores del hospital en conjunto con especialistas en planificación y médicos adjuntos. Del él se desprenden una serie de unidades de trabajo, dentro de las cuales una es conformada por la “comunicación institucional”, a cargo del Licenciado en Relaciones Públicas, Ricardo Sánchez Dillon.

- *Análisis del Plan Director*

El llamado “Plan Director 2016-2019” estipula la realización de proyectos por áreas de trabajo (llamadas unidades). Esto significó la primera experiencia en planificación dentro del área de comunicación del hospital, como se describe anteriormente.

Este documento sirvió además, para sentar las bases político-ideológicas con los que la nueva gestión del hospital decidió iniciar su trabajo. Se conceptualiza al hospital como resolutor de “casos de mayor complejidad clínica y quirúrgica”, que se caracteriza por contar con una “elevada capacitación (*de sus agentes*) y sentido de pertenencia al ámbito público asistencial”. A su vez de propone “superar la lógica tradicional de la mayoría de las instituciones hospitalarias”. Se expresa que los procesos de trabajo deben darse de manera “participativa” orientados a un “compromiso con el cambio y la mejora continua”, para lograr una organización más “horizontal”. Algunos elementos que se destacan son: “división del trabajo, comunicación efectiva, diversidad e

integralidad”. Finalmente se propone “centralizar las decisiones a nivel de la mesogestión, y descentralizadas a nivel de microgestión”.

Del análisis de este documento puede inferirse que la nueva gestión a cargo de la dirección del hospital, ha emprendido un proceso de trabajo que tiene fuertes raíces político ideológicas influenciadas directamente por la gestión empresarial y el “management”. Discursivamente se presenta a una organización proactiva, abierta al diálogo, conciliadora y diversa. Se puede leer entre líneas una determinada visión crítica del sector de la salud pública y la intención de trabajar en pos de modificar ciertas “desviaciones” que se sugieren pero no se especifican, al hablar de “superar la lógica tradicional de la mayoría de las instituciones hospitalarias”. La comunicación en este documento sólo es nombrada como la necesidad de lograr procesos de “comunicación efectiva”. Se desprende así una conceptualización instrumental de la comunicación como “herramienta de gestión”. Las marcas de racionalidad comunicacional presentes son: linealidad, verticalidad, comunicación operativa y segmentación, propias de las dimensiones informativa e ideológica.

En resumen, este documento institucional representa las bases políticas que actúan como cimiento de la nueva gestión directiva y un breve esbozo del rumbo que consideran ha de tomar el hospital, donde la comunicación es concebida como una herramienta de gestión clave.

Análisis de medios, productos y públicos

Para conocer el espacio y el tono con el que el hospital aparece en los medios de comunicación, se decidió analizar la aparición del mismo en el diario “El Día” en su versión web. Se analizó un corpus de 28 publicaciones realizadas entre los años 2015 y 2017. Se destaca que la principal sección donde aparece nombrado el hospital es “La ciudad”, seguida de “Información general”. Las temáticas principales de las que tratan dichas notas son: hechos delictivos acontecidos en el hospital -o por los cuales se han derivado pacientes al mismo-, eventos/inauguraciones ocurridas en el hospital y notas sobre enfermedades estacionarias pulmonares y/o virales. En cuanto a la fecha de publicación se destaca un notable aumento de apariciones a partir del año 2016 (probablemente consecuencia de la incorporación del Lic. en Relaciones Públicas encargado de la gestión directa con los medios de comunicación). Las marcas de racionalidad comunicacional que se desprenden de este análisis son: linealidad, comunicación operativa y segmentación propias de la dimensión informativa.

En cuanto a los productos comunicacionales (comunicación interna), se decidió analizar el mailing del hospital, por ser una de las actividades principales y más cotidianas del área de comunicación. El corpus cuenta con 95 mails enviados durante los años 2016 y 2017. La mayoría de ellos tiene como asunto el envío de notas informativas de tipo “circular” y la invitación a

eventos/capacitaciones. Nuevamente las marcas de racionalidad comunicacional que se desprenden de este análisis son: linealidad, comunicación operativa y segmentación propias de la dimensión informativa.

Finalmente, para caracterizar a los públicos que asisten al hospital se realizó un análisis sobre las encuestas de satisfacción de la calidad realizadas durante el primer trimestre del año 2017 y una revisión del libro de quejas institucional. Se puede afirmar que el público al cual se dirige el hospital son hombres y mujeres de entre 18 y 80 años aproximadamente (con una mayoría de pacientes que superan los 50 años), que asisten tanto de las cercanías del hospital (Los Homos y Barrio Altos de San Lorenzo) como derivados de distintos puntos de la provincia de Buenos Aires (Florencio Varela, Quilmes, Berazategui, etc.); el nivel de estudios de los mismos tiende a ser secundario y en líneas generales manifiestan sentirse satisfechos con la atención recibida. Durante el año 2017 se recibieron 20 quejas, principalmente por problemas para solicitar turnos y “mala atención percibida” en casos esporádicos. Si bien el presente análisis no pretende identificar marcas de racionalidad comunicacional, se considera menester caracterizar al tipo de usuario/público al cual es hospital se dirige (comunicación externa).

Para caracterizar las marcas de racionalidad comunicacional identificadas en un producto de comunicación externa, se realiza el análisis del sitio web del hospital (<http://www.hospitalsanjuandedios.com.ar/>). El mismo fue lanzado durante el año 2017. Fue uno de los principales objetivos planeados por la nueva gestión y si bien puede accederse libremente, aún se encuentra en desarrollo. La función que tiene el sitio, según palabras del propio director ejecutivo, es ofrecer a la comunidad información sobre “procesos y procedimientos”. El mismo director fue quien destacó el carácter de “estratégico” que tiene comunicación, motivo por el cual se decidió invertir en el sitio web. Por otro lado, las profesionales que forman parte del área dan cuenta de la incompletitud del mismo y de ciertas discusiones en torno a la forma en la cual se presenta la información (afirman no estar conformes con el lenguaje y los modos de exhibición de la misma). En este tercer análisis, nuevamente podemos encontrar una preponderancia de marcas de racionalidad propias de la dimensión informativa (linealidad, comunicación operativa y segmentación).

Del análisis de medios, productos y públicos en clave de “marcas de racionalidad comunicacional”, se concluye que la dimensión informativa de la comunicación es la que se encuentra presente con mayor nitidez en los procesos comunicacionales del hospital. Se puede afirmar que no existe lugar para el diseño y ejecución de procesos comunicacionales, tanto para la comunicación interna como externa, que sean abordados con una lógica más propia de las dimensiones interaccionales o socioculturales.

3. Reconocimiento y jerarquización de los actores vinculados a cada componente del problema comunicacional.

En este apartado se enumeran los actores que intervienen en los distintos aspectos y sub-aspectos de la problemática comunicacional enumerada al comienzo. Se busca identificar y jerarquizar a los actores relevantes para poder agruparlos dentro de matrices socioculturales en función de los saberes, intereses, necesidades y expectativas compartidas. De esta manera se visualiza la heterogeneidad de puntos de vista que intervienen en la problemática, dando cuenta de la complejidad presente en el diseño de estrategias de comunicación que tengan en cuenta la diversidad sociocultural.

Tabla 1.1. Actores agrupados en torno al aspecto estructural/ideológico

Aspecto	Estructural
Sub-aspecto	Ideológico
Concepción imperante de la comunicación como “herramienta de transmisión de información”	Directivos, Ministerio de Salud Buenos Aires
Tensión presente en la ejecución de los procesos y prácticas de gestión, entre el modelo biomédico de la salud y el modelo superador en clave cultural de promoción de la salud y producción social de sentido en torno a ella.	Directivos, Ministerio de Salud Buenos Aires, personal médico
Una cultura organizacional fuerte permeable a los efectos negativos de la burocracia, falta de motivación e implicación típica de la administración pública.	Directivos, Ministerio de Salud Buenos Aires, personal médico, personal técnico/profesional, personal administrativo.

Tabla 1.2. Actores agrupados en torno al aspecto estructural/económico

Aspecto	Estructural
Sub-aspecto	Económico
Recursos económicos históricamente escasos	Directivos, Ministerio de Salud Buenos Aires
Maniobrabilidad reducida en la generación de recursos económicos a causa de la estructura piramidal del sistema sanitario argentino.	Directivos, Ministerio de Salud Buenos Aires

Tabla 1.3. Actores agrupados en torno al aspecto coyuntural/económico

Aspecto	Coyuntural
Sub-aspecto	Económico
La prioridad en la asignación de las partidas económicas está dada a insumos directamente relacionados a la atención médica.	Directivos, personal médico, personal administrativo, personal profesional del área de comunicación
La nueva gestión tomó como decisión la reestructuración edilicia del hospital. Proyecto que demanda una fuerte asignación de recursos y absorbe la centralidad en la toma de decisiones.	Directivos, personal profesional del área de comunicación
El área de comunicación históricamente gestiona prácticamente con “presupuesto cero”.	Directivos, personal profesional del área de comunicación
Los salarios de los trabajadores son de los más bajos dentro de la escala salarial argentina.	Directivos, Ministerio de Salud Buenos Aires, personal médico, personal técnico/profesional, personal administrativo.

Tabla 1.4. Actores agrupados en torno al aspecto coyuntural/técnico

Aspecto	Coyuntural
Sub-aspecto	Técnico
Los trabajadores del área de comunicación poseen una visión altamente técnica de su trabajo.	Personal profesional del área de comunicación
Los procesos de trabajo están por demás esquematizados. No existen espacios de creación o fomento de ideas innovadoras.	Personal profesional del área de comunicación, directivos
Los recursos técnicos y tecnológicos son obsoletos. Computadoras viejas, software desactualizado, monitores obsoletos para el diseño gráfico y oficina pequeña mal climatizada en todas las estaciones del año.	Personal profesional del área de comunicación, directivos
Dificultad para medir el real impacto de las estrategias de comunicación. Sobre todo en lo relacionado a la comunicación interna.	Personal profesional del área de comunicación

Tabla 1.4. Actores agrupados en torno al aspecto coyuntural/político-cultural

Aspecto	Coyuntural
Sub-aspecto	Político/cultural
La actual gestión ha modificado el rol del área de comunicación, pero aún es muy ambiguo en el lugar que ocupa dentro de la estructura hospitalaria.	Directivos, Ministerio de Salud Buenos Aires, personal profesional del área de comunicación
Todos los trabajadores relacionados a la comunicación y la alta gerencia, no conciben (en la práctica) a la comunicación por fuera de su dimensión informativa.	Directivos, Ministerio de Salud Buenos Aires, personal médico, personal técnico/profesional, personal administrativo.
Un alto número de trabajadores hospitalarios se considera desmotivado y no tenido en cuenta.	Personal médico, personal técnico/profesional, personal administrativo.

4. Caracterización de matrices socioculturales en torno al problema

En este apartado se analizan los actores que intervienen en los distintos aspectos y sub-aspectos del problema comunicacional a describir, y se los ordena mediante matrices socioculturales construidas en función de sus saberes, intereses, necesidades y expectativas. De este modo se han construido 4 categorías o matrices para el análisis.

a) Los que toman decisiones: Se los denomina así porque son los encargados de llevar adelante los procesos de planificación y gestión. Además son los máximos responsables por las decisiones que se toman. Tienen un nivel de autoridad formal y tienden a concentrar mayor poder dentro de la estructura del hospital. Puede encontrarse dentro de esta matriz a: directores (ejecutivo, asociados y adjuntos) y mandos medios (jefes de sala y/o servicio).

Tabla 2.1. Matriz sociocultural “los que toman decisiones”

Los que toman decisiones			
Saberes	Intereses	Necesidades	Expectativas
Conocimiento preciso sobre variables económicas y políticas	Lograr un uso eficiente de los recursos	Conformar equipos de trabajo con integrantes motivados	Cumplir con los objetivos de manera eficaz y eficiente
Experiencia en gestión organizacional	Aportar a la modificación de la cultura organizacional	Disponer de mayores y mejores recursos	Lograr una nueva cultura organizacional más acorde a su visión de la organización

		económicos y técnicos	
--	--	-----------------------	--

b) Los que accionan: Esta matriz incorpora a todos los que llevan adelante las acciones que surgen de las decisiones tomadas por otros actores. Incluye al personal médico, enfermeros, administrativos, personal de mantenimiento y seguridad e higiene. Son quienes se encuentran inmediatamente debajo de “los que toman decisiones” y tienen menos poder a la hora de negociar decisiones estratégicas.

Tabla 2.2. Matriz sociocultural “los que accionan”

Los que accionan			
Saberes	Intereses	Necesidades	Expectativas
Conocimiento técnico de las tareas cotidianas	Trabajar en un ambiente cómodo	Contar con los recursos necesarios para realizar sus funciones en tiempo y forma	Ser escuchados a la hora de tomar decisiones que los afecten
Conocimiento de la cultura organizacional de la que ellos forman parte	Recibir una remuneración adecuada a su función Conocer el rumbo que toma el hospital		Lograr realizar sus actividades de manera previsible y eficaz

c) Los que asisten profesionalmente: Esta matriz la conforman aquellos empleados que, debido a su formación profesional -indirectamente relacionada al campo de la salud- pueden formar parte de los equipos de trabajo con una visión renovada e innovadora. Dentro de ellos encontramos: licenciados en comunicación, licenciados en relaciones públicas, técnicos en estadística, etc. Esta matriz puede ampliarse si el hospital decidiera abrir la participación a más profesionales que, desde su campo académico, tomen al hospital como espacio para realizar sus prácticas profesionales/académicas.

Tabla 2.3. Matriz sociocultural “los que asisten profesionalmente”

Los que asisten profesionalmente			
Saberes	Intereses	Necesidades	Expectativas
Conocimiento técnico/profesional del rubro donde se desempeñan	Ser tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones que los afecten	Contar con el respaldo de los tomadores de decisión	Modificar procesos de trabajo poco eficientes
Capacidad de innovación y gestión del cambio	Poder desarrollarse profesional y académicamente	Contar con presupuesto y espacio (tiempo) para realizar las modificaciones que perciban como necesarias	Probar nuevos rumbos de acción ante viejos problemas Contar con espacio para construir conocimiento de manera colectiva

d) Los usuarios: Finalmente, esta matriz representa a los beneficiarios del servicio que presta el hospital. Los pacientes y sus familiares, la sociedad en general que dispone del servicio público de atención sanitaria y los medios de comunicación que se nutren de la información proveniente de los hospitales, son los principales actores que se encuentran dentro de esta matriz. Si bien desde un paradigma biomédico de la salud, se consideraría sólo usuario al paciente que padece de una enfermedad y concurre al hospital a tratarse, desde una mirada más amplia en clave cultural, podemos incluir a la sociedad toda que demanda del hospital no sólo atención sanitaria sino un aporte a la construcción la salud entendida como el bienestar físico, psicológico y cultural de la población. En este último sentido, los medios de comunicación juegan un papel central en ser el nexo entre los hospitales (como casa de salud) y la población de una determinada región.

Tabla 2.4. Matriz sociocultural “los usuarios”

Los usuarios			
Saberes	Intereses	Necesidades	Expectativas
Conocimiento sobre su cuerpo, deseos y necesidades.	Recibir un servicio de calidad que satisfaga sus necesidades	Recibir tratamiento ante enfermedades/patologías/síntomas Ser parte de un proceso de construcción de conocimiento	Tener un estado de salud óptimo

Saber es populares propios del sentido común y generados por los medios de comunicación		sobre la salud	
---	--	----------------	--

5. Árbol de soluciones

Finalmente se construye un árbol de soluciones, organizado en función de los aspectos del problema, que de cuenta de la interrelación que existe entre tales aspectos, los actores/matrices, sus necesidades e interés y los procesos comunicacionales a trabajar. De este modo se puede visualizar de manera más clara, la complejidad que implica diseñar una estrategia comunicacional que integre múltiples variables tan diversas e interconectadas entre sí. Se busca simplificar y conducir a un proceso que tienda a ordenar y disminuir los niveles de incertidumbre, para tomar decisiones sobre las acciones a desarrollar a futuro.

En este sentido, se enumeran una serie de acciones a desarrollar, que abarcan diversos productos y procesos comunicacionales que se entrecruzan con los diversos componentes del problema comunicacional. En líneas generales podemos dividir las acciones a desarrollar en:

1. Procesos de capacitación (pedagógicos)
2. Espacios de diálogo/construcción de sentidos
3. Productos comunicacionales tradicionales (audiovisuales, gráficos, sonoros)

Se resalta que esta herramienta de análisis, tiene un fin meramente organizativo y que los proyectos que se planificaran a raíz de ella pueden o no integrar las acciones que se enumeran a continuación. De ello dependerá el momento que atraviese la organización, la voluntad política de quienes la conducen y la disponibilidad o no de partidas presupuestarias que acompañen a los proyectos que finalmente se propongan.

Tabla 3.1. Árbol de soluciones para el Aspecto Estructural-Ideológico

Aspecto del problema: Estructural - Ideológico				
Componente	Actores/Matrices	Intereses y necesidades	Proceso comunicacional a trabajar	Acciones a desarrollar
<p>Concepción imperante de la comunicación como “herramienta de transmisión de información”</p> <p>Tensión presente en la ejecución de los procesos y prácticas de gestión, entre el modelo biomédico de la salud y el modelo superador en clave cultural de promoción de la salud y producción social de sentido en torno a ella.</p> <p>Una cultura organizacional fuerte permeable a los efectos negativos de la burocracia, falta de motivación e implicación típica de la administración pública.</p>	Los que toman decisiones	Aportar a la modificación de la cultura organizacional	- Encuentro Sociocultural	Taller de capacitación en comunicación estratégica
	Los que accionan			
	Los que asisten profesionalmente	Conformar equipos de trabajo con integrantes motivados		
	Los que toman decisiones	Disponer de mayores y mejores recursos económicos y técnicos	- Encuentro Sociocultural	Taller de capacitación en salud desde la mirada sanitarista
	Los que accionan			
	Los usuarios	Ser parte de un proceso de construcción de conocimiento sobre la salud		
		Trabajar en un ambiente cómodo		
		Conocer el rumbo que toma el hospital		
	Los que toman decisiones	Ser tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones que los afecten	- Encuentro Sociocultural - Interaccional	Creación de un comité de procesos de trabajo
	Los que accionan			
Los que asisten profesionalmente	Recibir un servicio de calidad que satisfaga sus necesidades			
Los usuarios				

Tabla 3.2. Árbol de soluciones para el Aspecto Estructural-Económico

Aspecto del problema: Estructural - Económico				
Componente	Actores/Matrices	Intereses y necesidades	Proceso comunicacional	Acciones a desarrollar
<p>Recursos económicos históricamente escasos</p> <p>Maniobrabilidad reducida en la generación de recursos económicos a causa de la estructura piramidal del sistema sanitario argentino.</p>	Los que toman decisiones	<p>Contar con los recursos necesarios para realizar sus funciones en tiempo y forma</p> <p>Recibir un servicio de calidad que satisfaga sus necesidades</p>	<p>- Información</p> <p>- Ideológica</p>	<p>Charla abierta sobre presupuesto y realidad financiera del hospital</p> <p>Presentación de balances, presupuestos</p> <p>Creación de "presupuesto participativo"</p>

Tabla 3.3. Árbol de soluciones para el Aspecto Coyuntural-Económico

Aspecto del problema: Coyuntural - Económico				
Componente	Actores/Matrices	Intereses y necesidades	Proceso comunicacional	Acciones a desarrollar
<p>La prioridad en la asignación de las partidas económicas está dada a insumos directamente relacionados a la atención médica.</p> <p>La nueva gestión tomó como decisión la reestructuración edilicia del hospital. Proyecto que demanda una fuerte asignación de recursos y absorbe la centralidad en la toma de decisiones.</p> <p>El área de comunicación históricamente gestiona prácticamente con "presupuesto cero".</p> <p>Los salarios de los trabajadores son de los más bajos dentro de la escala salarial argentina.</p>	<p>Los que toman decisiones</p> <p>Los que accionan</p> <p>Los que asisten profesionalmente</p> <p>Los que toman decisiones</p>	<p>Contar con presupuesto y espacio (tiempo) para realizar las modificaciones que perciban como necesarias</p> <p>Trabajar en un ambiente cómodo</p> <p>Conocer el rumbo que toma el hospital</p>	<p>- Ideológica</p> <p>- Ideológica</p>	<p>Creación de comité transdisciplinario para evaluar procesos y presupuestos</p> <p>Realización de audiovisual que documente los proyectos edilicios</p> <p>Reunión de trabajo con el fin de obtener un presupuesto fijo</p>

	Los que toman decisiones		- Interaccional	para el área de comunicación
	Los que asisten profesionalmente			
	Los que accionan		- Interaccional	
	Los que asisten profesionalmente			

Tabla 3.4. Árbol de soluciones para el Aspecto Coyuntural-Técnico

Aspecto del problema: Coyuntural - Técnico				
Componente	Actores/Matrices	Intereses y necesidades	Proceso comunicacional	Acciones a desarrollar
Los trabajadores del área de comunicación poseen una visión altamente técnica de su trabajo.	Los que asisten profesionalmente	Poder desarrollarse profesional y académicamente	- Información	Taller de capacitación en comunicación estratégica
Los procesos de trabajo están por demás esquematizados. No existen espacios de creación o fomento de ideas innovadoras.	Los que toman decisiones	Capacitarse continuamente	- Interaccional	Realización de desayunos/almuerzos de trabajo
Los recursos técnicos y tecnológicos son obsoletos. Computadoras viejas, software desactualizado, monitores obsoletos para el diseño gráfico y oficina pequeña mal climatizada en todas las estaciones del año.	Los que accionan	Contar con el respaldo de los tomadores de decisión	- Encuentro Sociocultural	Realización de sesiones de lluvia de ideas
Dificultad para medir el real impacto de las estrategias de comunicación. Sobre todo en lo relacionado a la comunicación interna.	Los que asisten profesionalmente	Contar con presupuesto y espacio (tiempo) para realizar las modificaciones que perciban como necesarias	- Ideológica	Realización de evento cultural con fines benéficos para actualizar el área
	Los que toman decisiones	Trabajar en un ambiente cómodo		
	Los que asisten profesionalmente	Conformar equipos de trabajo con integrantes motivados		Diseño de un manual de procedimiento para el área de comunicación
	Los que asisten profesionalmente	Lograr un uso eficiente de los recursos	- Ideológica	

Tabla 3.5.. Árbol de soluciones para el Aspecto Coyuntural-Político/Cultural

Aspecto del problema: Coyuntural - Político/Cultural				
Componente	Actores/Matrices	Intereses y necesidades	Proceso comunicacional	Acciones a desarrollar
<p>La actual gestión ha modificado el rol del área de comunicación, pero aún es muy ambiguo en el lugar que ocupa dentro de la estructura hospitalaria.</p> <p>Todos los trabajadores relacionados a la comunicación y la alta gerencia, no conciben (en la práctica) a la comunicación por fuera de su dimensión informativa.</p> <p>Un alto número de trabajadores hospitalarios se considera desmotivado y no tenido en cuenta.</p>	Los que toman decisiones	Conformar equipos de trabajo con integrantes motivados	- Interaccional	Realización de desayunos/almuerzos de trabajo
	Los que asisten profesionalmente	Conocer el rumbo que toma el hospital		Realización de sesiones de lluvia de ideas
	Los que toman decisiones	Capacitarse continuamente	- Encuentro Sociocultural	Creación de un canal de youtube que privilegie lo comunicacional por sobre lo comunicativo (Massoni, 2003)
	Los que accionan	Ser tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones que los afecten		2 Realización de eventos organizacionales para evaluar resultados
	Los que asisten profesionalmente	Poder desarrollarse profesional y académicamente	- Interaccional - Encuentro Sociocultural	
	Los que asisten profesionalmente	Contar con presupuesto y espacio (tiempo) para realizar las modificaciones que perciban como necesarias		
	Los que toman decisiones			

6. Líneas de acción/Investigación enactiva

Como síntesis a lo que significa un primer acercamiento, desde la mirada de la “comunicación estratégica”, se considera necesario profundizar en la investigación enactiva que haga surgir desde los propios actores de la organización nuevas significaciones que acompañen el proceso de transformación permanente que la organización atraviesa, con el fin de lograr los objetivos individuales y colectivos propuestos por la misma.

Para ello, se proponen las siguientes líneas de acción que, lejos de querer significar una conclusión del trabajo realizado, pretenden ser un punto de partida que implique una nueva forma de ver y entender a la comunicación en el Hospital San Juan de Dios.

1. Jerarquizar al área de comunicación

El objetivo de esta línea de trabajo es explotar el potencial que tiene el hospital, por el simple hecho de contar con un área de comunicación (a pesar de que no forme parte de los organigramas formales propuestos por la supra estructura ministerial). Para ello será necesario

dotar al área de personal capacitado que comparta la “mirada estratégica” y aumente la capacidad productiva del área. Al mismo tiempo es necesario contar con un presupuesto fijo para poder planificar los distintos proyectos que se proponga el espacio. Y finalmente, contar con el espacio y el compromiso serio para el diálogo con los tomadores de decisiones, para poder consensuar tanto el destino del área, como sus proyectos a corto, mediano y largo plazo. La estrategia de comunicación diseñada por el hospital ha de ser compartida por la mayoría de sus miembros.

2. Planificar una estrategia de comunicación a largo plazo

Una vez que el área de comunicación logre ocupar un espacio central dentro de la mirada estratégica que el hospital se propone, es necesario planificar una estrategia de comunicación que ayude al hospital a lograr los objetivos propuestos. Nuevamente se resalta que dicha construcción ha de ser colectiva, puesto que actuará sobre elementos intangibles difícilmente “moldeables”, como son: la cultura organizacional, la identidad y la imagen que los públicos (internos y externos) tienen sobre la organización.

3. Resignificar el sentido que tiene la comunicación en la organización

Esta línea de acción se establece como un proceso a largo plazo que aporta y, por ende, debe trabajarse simultáneamente con las dos líneas anteriormente propuestas. El objetivo de la misma es lograr que los actores sociales que intervienen en la realidad organizacional, conciban a los procesos comunicacionales como algo cotidiano, de los que ellos son parte y pueden decidir e influir sobre el rumbo que tomen los mismos. De este modo se busca lograr una organización en la cual sus integrantes son conscientes del rol que cumplen en la misma y que son ellos quienes la conforman. Es así que se intenta generar un ambiente de trabajo que genere trabajadores motivados, implicados con la visión de la organización y comprometidos con los objetivos, que ya no sólo serán “de la organización” (como una entelequia supraindividual), sino propios de cada uno de los actores sociales que forma parte de ella.

Conclusión

El presente trabajo realizó una primera aproximación, desde la metaperspectiva de la comunicación estratégica (Massoni, 2016), al análisis de los procesos comunicacionales del Hospital San Juan de Dios. A su vez, fue un punto de partida para la incorporación y profundización de la metodología de investigación enactiva en comunicación (Massoni, 2003) dentro del campo de la comunicación/salud, lo cual motiva mi decisión de continuar con mi formación profesional a través de la Especialización en Comunicación y Salud de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata.

Hecha tal aclaración, se acepta y blanquea el estado de incompletitud que presenta el trabajo, renovando esfuerzos y el compromiso de lograr una mayor profundidad en la aplicación de tal metodología.

El trabajo de investigación se inició con la firme convicción de producir nuevos sentidos en torno a la comunicación y “lo comunicacional” en el hospital, a partir del propio devenir de dicho proceso. Era esperable encontrar a lo largo del mismo una marcada resistencia, producto de las diferencias teórico conceptuales percibidas entre quienes son identificados como “tomadores de decisiones o directivos” del hospital y quien suscribe. Las mismas, que en un comienzo no eran más que una hipótesis o una intuición, han sido marcadas a lo largo del trabajo y fundamentadas desde categorías teóricas descritas en el marco teórico/metodológico desarrollado al comienzo.

A través de la técnica de análisis según “marcas de racionalidad comunicacional”, se concluye que la dimensión informativa de la comunicación es la que se encuentra presente con mayor nitidez en los procesos comunicacionales del hospital. Se afirma que no existe lugar para el diseño y ejecución de procesos comunicacionales, tanto para la comunicación interna como externa, que sean abordados con una lógica más propia de las dimensiones interaccionales o socioculturales.

Es por esta tensión de paradigmas de comunicación existente, que se hace posible menester abordar los procesos de planificación estratégica desde la metaperspectiva de Comunicación Estrategia de la Escuela de Rosario (Massoni, 2003). Dado que la misma plantea la integración de las distintas teorías comunicacionales, a través de un abordaje en dimensiones múltiples que de cuenta de la complejidad, fluidez y lo caótico del fenómeno comunicacional.

Sin embargo, la experiencia en términos académicos arroja resultados positivos. Ha sido posible realizar una intervención que puso en contrapunto dos maneras diferentes de comprender a la comunicación en el contexto organizacional. Del mismo modo, se ha podido identificar cómo a partir de tales construcciones teóricas -como constructos mentales- se desprenden diferentes cursos de acción influenciados por ellas, demostrando el carácter performativo o pragmático de la comunicación. Es así que, resulta complejo imaginar una verdadera transformación en los

términos que se había planteado al comienzo de la investigación. Tales cambios demandarían demasiado tiempo o la necesidad de modificar la estructura (Schvarstein, 2014) misma de la organización.

La comunicación estratégica es un camino. Pero un camino que requiere de compromisos y acuerdos de todos los involucrados en los procesos comunicacionales. Sin ese acuerdo que emana desde la cúspide de la organización, no será posible hacer emerger esos nuevos sentidos que favorezcan el cambio conversacional buscado, y hagan del hospital una institución más horizontal de la que todos los que forman parte de ella así, efectivamente, lo sientan.

Bibliografía

- Ander-Egg, E. (2007). "Introducción a la planificación estratégica". Buenos Aires. Lumen
- Ander-Egg, E. (2005) "Cómo elaborar un proyecto". Buenos Aires. Lumen
- Arrúa, C. y otros (2002) "Sembrando mi tierra de futuro". La Plata. Ediciones de la Unidad de Prácticas y Producción de Conocimiento de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social (UNLP).
- Amado Suárez, A. (Ed.) (2011). "Auditoría de comunicación". Buenos Aires. La Crujía.
- Arribas, A.; Herrera Echenique, R.; Pérez, R. coordinadores (2017) "Nueva Teoría Estratégica: Repensando la estrategia desde la comunicación". Libro Digital. Razón y Palabra Sellor Editorial. Universidad de los Hemisferios. CINTE. FISEC.
- Asociación Trabajadores del Estado. "Labradores de la salud popular. Cuadernillo 3: Floreal Ferrara"
- Bernays, E. (2016). "Propaganda". Buenos Aires. Libros del Zorzal.
- Brandolini, A.; González Frígoli, M. (2009). "Comunicación interna". Buenos Aires. La Crujía.
- Brandolini, A.; González Frígoli, M.; Hopkins, N. (2014). "Conversaciones". Buenos Aires. La Crujía.
- Bronstein, V.; Gaillar, J.; Piscitelli, A. (1995). "La organización egoísta: Clausura operacional y redes conversacionales." en Delgado, J. (1995). "Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales". Madrid. Síntesis.
- Buil, P.; Medina, P.; Heath, R. "Establishing and demonstrating US hospital brands through Facebook"
- Bustamante E. La comunicación interna y la promoción de la salud. Estudio de caso en Madrid Salud. Hacia. promoc. salud. 2013; 18(2):79-95.
- Bustamante, E. "La promoción de la salud desde la comunicación interna"
- Bustos Salinas, L. "¿Cómo analizar las características de los departamentos de comunicación en los hospitales y sus consecuencias en el ciudadano? Ejemplo metodológico"
- Camacho, C. "Estrategias de comunicación para la salud en la construcción de ciudadanía"
- Capriotti, P. "Planificación estratégica de la imagen corporativa"
- Carrillo, R. "Teoría del hospital"
- Coe, G. "Comunicación y promoción de la salud"
- Coordinación General de Información y Comunicación (Ministerio de Salud de La Nación Argentina). "El desafío de hacer de la comunicación un componente estratégico de las políticas públicas en salud"
- Costa Sánchez, C. (2011). "La comunicación en el hospital". Zamora, España. Editorial Comunicación Social S.C.
- Cuberli, M. "Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción"
- Díaz, H.; Uranga, W. "Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria"
- Etkin, E. (2014). "Comunicación para organizaciones sociales". Buenos Aires. La Crujía.
- Etkin, E.; Schvarstein, L. (1989). "Identidad de las organizaciones". Buenos Aires. Paidós Ibérica.
- Flores, F. (1994). "Creando organizaciones para el futuro". Chile. Dolmen.
- Macías-Chapula, CA. Hacia un modelo de comunicación en salud pública en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2005;18(6):427-38.
- Manucci, M. (2008). "Impacto corporativo". Buenos Aires. La Crujía.
- March, J.; Prieto, M.; Danet, A.; Pérez, O.; Martínez, F. "Los directivos hospitalarios y la comunicación interna: una asignatura pendiente"
- March, J.; Prieto, M.; Bilbao, I.; Martínez, F.; Guerrero, C.; Bono, L. "Marketing y Comunicación Interna en hospitales y en atención primaria: opinión de profesionales y de gestores"
- Martí Esquitino, J. "Plan de Comunicación del Hospital Psiquiátrico Ramón Alberca"

- Massoni, S. (2003). "Estrategias. Los desafíos de la comunicación en un mundo fluido". Rosario. Homo Sapiens.
- Massoni, S. (2011). "Comunicación estratégica". Rosario. Homo Sapiens.
- Massoni, S. (2013). "Metodologías de la comunicación estratégica". Rosario. Homo Sapiens.
- Massoni, S. (2016). "Avatares del comunicador complejo y fluido". Quito. Ediciones CIESPAL.
- Matus, C. (2007). "Teoría del Juego Social". Remedios de Escalada. Universidad Nacional de Lanús.
- Medina Aguerrebere, P. "El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria"
- Medina Aguerrebere, P. "La comunicación hospitalaria 2.0: un nuevo desafío para la comunicación institucional"
- Ministerio de Salud de La Nación Argentina. "Guía de comunicación para equipos de salud"
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguay). "Guía de planificación participativa de estrategias de comunicación en salud"
- Ministerio de Salud de La Nación Argentina. "Mapeo nacional de capacidades en comunicación y salud pública en Argentina."
- Mosquera, M. "Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias"
- Pajares Conde, D.; March Cerdá J.; Gómez Martínez, M. "Auditoría de Comunicación Interna de un Hospital"
- Pelitti, P. "Estrategias de comunicación interna y externa de los hospitales públicos bonaerenses de la Región Sanitaria XI"
- Pelitti, P. "Contribución al estudio de las estrategias comunicativas en hospitales pediátricos de la ciudad de La Plata"
- Pérez, R. y Massoni, S. (2009). "Hacia una teoría general de la estrategia". Barcelona. Ariel Comunicación
- Pérez, R. (2012). "Pensar la estrategia". Buenos Aires. La Crujía.
- Petracci, M. y Waisbord, S. "Comunicación y Salud en Argentina"
- Petracci, M. (Coordinadora) (2015). "Salud en la trama comunicacional contemporánea". Buenos Aires. Prometeo.
- Rey Lennon, F. & Bartoli Piñero, J. (2014). "Reflexiones sobre el management de la comunicación". Buenos Aires. La Crujía.
- Reynolds, M. (2011). "Etnografía para marcas y nuevos negocios". Buenos Aires. La Crujía.
- Ritter, M. (2008). "Cultura organizacional". Buenos Aires. La Crujía.
- Rodriguez, J. "Reseña de tesis doctoral. La comunicación hospitalaria y bases para una comunicación orientada al usuario hospitalario"
- Ruiz Balza, A. & Coppola, G. (2011). "Gestión de riesgo comunicacional". Buenos Aires. La Crujía.
- Uranga, W. (2016). "Conocer, transformar, comunicar". Buenos Aires. Editora Patria Grande.
- USAID; Casals & Associates Inc.; Comunicación Pública Estrategias. "Manual de Comunicación Pública Organizacional e Informativa para Entidades del Estado" (MCPOI).

Anexos

1. Entrevistas

1.1 DCV. María Laura Soya

En el día 12/12/2017 se realizó la entrevista a María Laura Soya. Por pedido expreso de la misma, no registró la entrevista con audio.

La entrevistada trabaja en el área de comunicación hace ya 9 años, siendo ella quien “fundó” el área luego de realizar trabajos solicitados de manera externa por la anterior gestión del Doctor Martín Castilla.

Los ejes de la entrevista fueron:

1. Experiencia de trabajo en el área de comunicación
 - a. ¿Hace cuántos años estás en el área?
 - b. ¿Cuáles son tus funciones/actividades cotidianas?
 - c. ¿Participaste de algún proceso de diagnóstico/planificación?
 - i. ¿Cómo fue?
 - ii. ¿Por qué no?.
 - d. ¿Qué situaciones problemáticas encontrás cotidianamente en tu trabajo?

.¿Cómo las solucionan? (estrategias)

e. ¿Cuáles son los planes a futuros del área?

.¿Qué actividades se encuentran realizando?

i.¿Qué les gustaría hacer y no pueden aún?

2. Percepciones sobre la comunicación

a. Definición de comunicación

b. Definición de planificación

c. ¿Cuál crees que es la perspectiva comunicacional que tienen los tomadores de decisión del hospital?

d. ¿Considerás que son tenidas en cuenta las voces de todos los trabajadores del hospital a la hora de tomar decisiones por parte de la dirección?

La entrevistada reconoce una diferencia en los modos de hacer entre la actual dirección (A cargo del Dr. Daniel Castilla) y la anterior. A partir del año 2015 se introdujo la figura de un coordinador del área de comunicación (Lic. Ricardo Sánchez Dillon), lo cual es percibido como una complicación en el accionar del área. Las dos profesionales que trabajan en el área vieron discontinuada su participación en reuniones de dirección y toma de decisiones sobre el rol del área, para pasar a ser tenidas en cuentas como “mano de obra” (palabras textuales). El vínculo con los directivos depende exclusivamente del Lic. Sánchez Dillon. Sin embargo, la entrevistada reconoce que tal función no se está desarrollando adecuadamente, y termina complicando aún más los procesos de trabajo. “El coordinador trabaja para la gestión y no para el hospital” (cita textual): esto genera una sensación de frustración y tristeza en la entrevista quien denota ver una falta de interés en el acercamiento al usuario del hospital, a quienes considera que no son tenidos en cuenta en las decisiones de la alta gestión.

Las funciones que cumple la entrevistada son principalmente cubrir las necesidades de “productos comunicacionales” (gráficos/cartelería), los cuales son solicitados por diversas fuentes, a saber: directivos, jefes de sala y empleados en general. No existe un discurso único centralizado que ordene los procesos. Lo cual propicia el caos en lo cotidiano, haciendo imposible la planificación, ni siquiera a corto plazo.

Los beneficios reconocidos de la nueva figura del “coordinador de comunicaciones”, tienen que ver con la comunicación externa, dados los contactos que tiene el mismo y a su vez la facilidad para relacionarse con los jefes de servicio debido a su experiencia a cargo de la comunicación de la Agremiación Médica Platense.

Dentro de las problemáticas cotidianas se reconocen: la falta de una línea única de instrucciones; la falta de personal y jerarquización del área; la incoherencia entre el discurso oficial y la actual gestión directiva; ausencia de coordinación en la toma de decisiones, no se tienen en cuenta las opiniones de todos los actores involucrados.

En la actualidad el trabajo se resume en dar respuesta a pedidos de “productos comunicacionales” de manera mecánica, sin planificar, ni participar de la toma de decisiones. A la

entrevistada le gustaría poder jerarquizar el área con más personal y mayor participación en las decisiones.

En cuanto a la concepción de la comunicación y planificación por parte de la entrevistada, se evidencia un sesgo propio de la formación profesional, otorgando mayor importancia a la “comunicación visual” por sobre los procesos comunicacionales como espacios de intersubjetividad y construcción de sentidos. Sin embargo, por su larga trayectoria en el área se percibe una mayor apertura a potenciar la gestión comunicacional, en oposición a la “mirada comunicacional” que ella percibe que tienen los directores del hospital.

Finalmente, ante la pregunta si cree que las opiniones de los trabajadores son tenidas en cuenta por parte de los directivos, la respuesta fue un rotundo no. Caracterizó a muchas de las decisiones tomadas por el director ejecutivo de la organización como de “caprichos”.

1.2. Lic. Sabrina Corda

El día 14/12/2017 se realiza entrevista a la Licenciada Sabrina Corda. La misma consta de 2 ejes temáticos y busca dar cuenta de la experiencia de la entrevistada en el Área de Comunicación del Hospital San Juan de Dios y sus percepciones sobre el lugar que tiene la comunicación dentro de la gestión organizacional.

1. Experiencia de trabajo en el área de comunicación

a. ¿Hace cuántos años estás en el área?

Hace 4 años.

b. ¿El área está reconocida dentro de la estructura del hospital?

No, formalmente en el ministerio no. Ningún hospital lo tiene. Estaban haciendo una movida para que pueda figurar. Daniel (Corsiglia) con este organigrama nos metió a todos pero formalmente no.

c. ¿Cuáles son tus funciones/actividades cotidianas?

Me encargo lo que es comunicación y Laura hace el Diseño. O sea, yo me encargo de informar a los servicios, a la gente, manejo las redes sociales del hospital, respondo consultas de los pacientes (turnos, etc.) y todo lo que es interno, si hay que difundir jornadas, reuniones o algún CATA. Varias cosas. Desde dirección nos mandan o de cada servicio puntual. Ejemplo: necesito que mandes ésto. Cosas muy puntuales.

d. ¿Participaste de algún proceso de diagnóstico/planificación?

i. ¿Cómo fue?

Si, hicimos algunas cosas. Algunas en base a un curso que hicimos y otras tratamos de por ahí generar cosas para planificar que algunas se pueden hacer y otras no. “Estaría bueno hacer esto de esta forma” pero va quedando. Ejemplo: que todos los pedidos pasen por dirección antes de llegar acá, etc. El curso era virtual.

ii. ¿Por qué no?

b. ¿Qué situaciones problemáticas encontrás cotidianamente en tu trabajo?

ii. ¿Cómo las solucionan? (estrategias)

Lo que más cuesta es cuando no nos enteramos de cosas básicas e importantes como cuando cambia la modalidad de turno. Me pasó de enterarme por los pacientes que no se estaban dando turnos por teléfono y yo pasaba los teléfonos cuando me consultaban. O a veces hay una jornada y te enteras el mismo día y nos dicen que no avisamos cuando en realidad no sabíamos. Siempre la culpa cae en que nosotros no avisamos, o no llegó el mail o no lo leyeron. Eso es un tema. Pasa en todos lados, desde dirección que da por hecho muchas cosas que sabemos y no las sabemos. Ahora está Ricardo (Sánchez Dillon) en el medio que supuestamente tenía que filtrar todo y contamos y a veces hay servicios que nos tienen re encuentra pero otros no.

Por ahí ahora pasa un poco más porque nos conoce más gente, pero es cotidiano. Por lo menos desde que yo estoy.

Después por ejemplo lo de las carteleras que hicieron. Esa idea no salió de acá, nosotros teníamos otra idea. Nos consultaron después de que estaba hecho y dijimos que no nos parecía bien pero la respuesta fue “ya se mandaron a hacer”. Y después tuvimos que hacernos cargo de organizar algo que no funcionaba.

Hay muchos temas de comunicación. De señalética también pero que no dependen exclusivamente de acá, dependen un montón de cosas de arriba (de presupuesto, del Ministerio, etc.)

f. ¿Cuales son los planes a futuros del área?

i. ¿Qué actividades se encuentran realizando?

ii. ¿Qué les gustaría hacer y no pueden aún?

Estuvo cambiando mucho el área el último tiempo con la figura del coordinador. Yo creo que sirve para los medios y lo externo porque antes no había tanta relación. Desde que está el sí. De ese lado esta bueno que el sea el encargado de eso.

Queremos seguir laburando, que los servicios nos tengan en cuenta que estamos acá, que nos recuerden que tienen el área. Y también queremos que los servicios que cambien metodologías de trabajo que nos avisen para poder avisar, cosas básicas. Después con el tema del trabajo de la web, se esta laburando hay que hacerle de todo porque salió media verde. Queremos tener un canal de Youtube, muchas cosas que están buenísimas pero que requiere de alguien que sepa. Pueden surgir un montón de planes y proyectos pero que después para materializarlo es más complejo.

2. Percepciones sobre la comunicación

a. Definición de comunicación

b. Definición de planificación

c. ¿Cuál crees que es la perspectiva comunicacional que tienen los tomadores de decisión del hospital?

Yo noto con esta gestión puntualmente que quieren hacer notar todo lo que hacen. Cualquier cosa nueva que hay, me parece una sobre exageración de querer figurar todo el tiempo, me parece demasiado. Quieren poner el hospital allá arriba en base a propaganda. Todo no puedes poner. A mi me dicen, por ejemplo: sale una noticia del aniversario de cardiología y quieren que comparta la misma nota publicada en varios medios constantemente. Yo considero que a esta gestión le parece re importante el área, eso si lo noto, pero por ahí no se labura de la misma manera que antes. Hay cambios. Me parece que ellos no terminan de entender bien la función de nosotros y se mezclan algunas cosas que no tienen nada que ver. Daniel me decía "ustedes laburan en conjunto con informática" y no, nunca lo hicimos. Se puede proyectar pero hoy poy hoy no, es como que ni ellos saben muy bien la función del área. Pero nos tienen en cuenta. A veces nos llaman a reuniones que vos decís ¿Para qué estoy acá? "no estaría entendiendo mi rol acá". Pasaba sobre todo al principio, ahora que está Ricardo el se encarga de eso. Nos decían "es importante su mirada, a ver que opinan" pero hay temas que no tenemos por qué opinar (la estructura cosas así). Pero es medio de la boca para afuera, no es que te tengan en cuenta. Medio raro.

A Ricardo tampoco se si lo escuchan. A veces me parece que tampoco interpretan bien el rol de el. El viene acá saluda y se va a dirección y hace cosas porque está allá que nada tienen que ver, como ir a buscar la carne para el aniversario del hospital. Por eso no conoce mucho lo que pasa acá adentro, a veces parece más secretario de Daniel que otra cosa. Para mi tienen re en cuenta el área pero la quieren usar en función de lo que les conviene. En un momento se planteó que vayamos a un asado de camaradería organizado por Daniel, al que nosotras no quisimos ir. Y nos dijeron "que mal que no fuimos, que la dirección se había enojado" y yo les contesté que "el área está desde antes de Daniel y va a seguir después, no nos interesa compartir ese espacio". Medio que nos quieren de aliados.

d. ¿Considerás que son tenidas en cuenta las voces de todos los trabajadores del hospital a la hora de tomar decisiones por parte de la dirección?

No, en realidad lo que noto mucho es que toman decisiones importantes y la gente ni se entera, ni los mismos jefes de servicio. Como que se olvidan de darle el lugar a cada uno. Imaginate que si se olvidan de un jefe de servicio, nosotros menos todavía. Intuyo que tratan, no creo que haya mala predisposición ni nada, pero se les pasa de tener en cuenta a todos quiero creer. Ahora supuestamente pusieron varios organizadores coordinadores

para que se pueda llegar con todas las voces. Cara área de gestión va a tener su representante.

1.3 Dr. Martín Montalvo

El día 26/12/2017 se realizó la entrevista al Dr. Martín Montalvo. El mismo se desempeña como director asociado a partir de diciembre de 2015. El objetivo de la entrevista fue indagar sobre la experiencia del Dr. Montalvo, a cargo de la Unidad de Planificación Estratégica impulsada por la actual gestión del Dr. Daniel Corsiglia. A su vez, se le solicitó al entrevistado que definiera los conceptos “planificación y comunicación”, con el fin de tener una herramienta más de análisis para identificar las *marcas de racionalidad comunicacional* presentes en su discurso.

1. Datos personales

a. ¿Cual es tu función específica en el hospital?

i. ¿Y en relación a la planificación?

Desde el punto de vista del organigrama, yo soy director adscrito, a cargo de los procesos de planificación del hospital. Eso desde el punto de vista formal. No sólo hago eso, sino que desarrollo otras tareas transitorias diferentes a los procesos de planificación. Qué son otros procesos de mejoras, como es el hecho de participar en comités, gestión del área de turnos, etcétera.

2. Planificación

a. ¿Cómo llevaste adelante la propuesta de planificación por áreas?

En realidad Cuando asume esta nueva gestión lo que tenían eran unos lineamientos estratégicos, o sea, la idea de la estructura y tres ejes de trabajo. Y a partir de estas líneas de trabajo que emanaban desde el ministerio y la dirección del hospital intentar trabajar sobre los cuadros intermedios, las distintas direcciones, los distintos programas y así fue como se dividió al hospital en 6 programas. Cada programa tenía su responsable y yo lo que hacia era asistir técnicamente para que cada responsable de cada programa desarrolle su proyecto de trabajo, su plan estratégico para los próximos dos años.

No siempre los problemas respondieron al organigrama porque hay programas que, como en la internación abarca el trabajo de muchos servicios. En realidad los programas no son parte del organigrama. El organigrama son los raviolos que tienen cargos jerárquicos de la estructura ministerial. Existen la dirección, los jefes de servicio, etc. Es una estructura diferente al organigrama lo que acá llamamos unidades.

El plan se trabajó sobre programas que incluían distintas áreas o servicios. La ejecución del programa no respondía al organigrama, sino que se detectaban responsables, la mayoría directores asociados que se encargaban de desarrollar los programas y ellos lo llevaban adelante. Cada uno con su proyecto, sus necesidades, sus objetivos, sus líneas de trabajo y sus metas. Eso nos permitió implementar trabajo en el hospital con cierto orden y un documento escrito que se podía comunicar y cumplir. Así todos los jefes de servicios participaban.

b. ¿Cómo calificarías la adhesión y seguimiento de las mismas a esa propuesta?

Yo creo que sí. Al mismo tiempo que se fue diseñando el plan, el hospital también tuvo la inteligencia y aptitud de acompañar este diseño con un proceso de capacitación de algunos jefes de servicio y demás, que fueron entendiendo la lógica de la gestión y la planificación. Durante todo el año pasado se fueron dando distintos temas que fueron fortaleciendo el trabajo del jefe, fundamentalmente, y empoderandose en el plan para la implementación. Una cosa sincrónica, un ejercicio de concientización y capacitación. Y un ejercicio de diseño de un plan. Eso fue toda la primera etapa de la gestión de esta dirección el año pasado y de ahí, la implementación de los programas. Ahora estamos en la etapa de implementación y monitoreo. Un plan tiene cuatro etapas diseño, implementación, monitoreo y evaluación. Ya lo diseñamos y ya lo estamos implementando, a su vez lo estamos monitoreando y al final del camino lo vamos a evaluar. El monitoreo nos da que la mayoría de los programas han tenido avances en sus líneas de trabajo. Hemos medido las metas y muchos han avanzado y se han acercado, algunos

cumpliendo y otros no. Pero hay distintos avances que nos permite redoblar el desafío para reflexionar y medir resultados. En todo caso se modificará lo que haya que modificar.

c. ¿Cómo planificó el área de comunicación?

Idearon un programa y un responsable, este caso es Ricardo. Ha tenido un grado desarrollo seguramente, ya habido algunos avances que ellos destacan. Desarrollaron una política externa y una interna. Una externa fuerte, con mucha relación con los medios, tanto audiovisual como escritos, fortaleciendo la presencia del hospital en la comunidad. En el Ministerio tratando de tener buen diálogo. Han desarrollado el portal del hospital como un producto concreto y medible que permite mostrar nuestra oferta, entre otras cosas. Mostramos que hacemos y cómo lo hacemos, y cuáles son nuestros desafíos. Y después una mirada hacia dentro donde seguramente ha habido algunos avances con los sistemas de comunicación actuales (mails, redes sociales, etc.). El tema de la señalización es un tema pendiente del hospital por el hecho de estar en obras y muy complicado. No se fortalece demasiado. Sí el tema de la participación como fenómeno de la comunicación. Fundamentalmente creo que el hospital se ha fortalecido desde lo comunicacional con los cuadros intermedios. O sea, la dirección con los jefes de servicios. Se instaló el CATA (Consejo Asesor Técnico Administrativo) cada 15 días. En esos espacios se presentan cosas, se comunican otras, se debate con los decisores intermedios: los jefes. Eso es un proceso de comunicación y participación estratégico fundamental para cualquiera que quiera salir adelante. Sin un proceso de comunicación y gestión horizontal no vas para ningún lado, porque acá necesitas el convencimiento y la participación de todos. En eso la comunicación verbal y escrita es estratégica, en el sentido de que la gente se sienta participe. Cuando vos comunicas hacés sentir partícipes, protagonistas. Me parece que en eso se ha trabajado interesantemente en el hospital con estos procesos de comunicación.

3. Comunicación

a. Definición de comunicación

Es un aspecto sustantivos en lo que son las condiciones de trabajo en una organización. Digamos, para sentirse satisfechos una organización, ya seas director o cualquiera de los empleados, necesitás sentir que te comunican y que vos participas del proceso de comunicación. Porque la no comunicación es la ignorancia. Y no hay peor cosa que te ignore. Fijate lo fundamental que es para el trabajador la comunicación, como un aspecto de su satisfacción en el trabajo fundamental. Yo lo considero como “variable higiénica” o básicas: la comunicación, participación, capacitación y condiciones de trabajo.

Por otro lado, sin comunicación no hay posibilidad de gestión ni conducción.

b. ¿Considerás que son tenidas en cuenta las voces de todos los trabajadores del hospital a la hora de tomar decisiones por parte de la dirección?

Yo creo que sí. Me parece que el hospital ha dado muestra de que tiene una dirección de puertas abiertas. Quien ha querido expresar sus necesidades lo ha podido hacer, muchas veces de manera un poco anárquica, lo que de alguna manera describe el plano del esfuerzo en horizontalizar las cosas. Salimos de una cuestión vertical donde uno tiene que pasar por determinados estamentos y acá por momentos es caótica y hasta demasiado horizontal y demasiado abiertas las puertas muchas veces. Yo no estuve con la gestión anterior, y lo que veo acá, no sé si es nuevo, pero es que esta dirección es bastante abierta. Hay un esfuerzo por el diálogo, por la comunicación, por la participación. Y eso hace bien el clima de trabajo.

c. ¿Cuán frecuente es, en tu experiencia, escuchar la frase “falló la comunicación” o “es un problema de comunicación” como explicación o justificación a una situación problemática?

Yo no creo que nosotros salgamos, en estos momentos, de la media de lo que son los problemas de comunicación en una organización sanitaria. Que según lo que se dice, el 60% de los

problemas que hay en una organización están vinculados directa o indirectamente a la comunicación. Yo veo problemas permanentes de comunicación y lo que digo es que es normal que sea así. Estamos dentro de la media. Nosotros si queremos salir de esa media debemos mejorar mucho para bajar ese porcentaje. Obviamente es una percepción. No hemos medido los problemas de comunicación. Pero me parece que todavía no estamos en un nivel de comunicación adecuado. Todavía hay mucho ruido a pesar de que hay mucha voluntad de juntarnos. También hay mucha ineficiencia en la comunicación e ineficacia. Es normal que esa frase esté presente. La idea es trabajar para que éste lo menos presente. El desafío está acá. En comunicar lo mejor posible, en hacer participar, en mostrarse, en informar. La vocación por mejor está.

Lo que sí uno, siempre lo va a hablar desde la percepción porque es difícil medir la comunicación. Siento que se está haciendo el esfuerzo, pero no siento que qué hace un año estábamos mejor y ahora peor. Al estar la voluntad de querer mejorar, deberíamos tener un impacto de mejora. Ahora, cuando las cosas no se miden, es muy difícil dar una opinión seria. Y como yo no tengo un recorrido histórico acá, no te puedo decir “sí, hace 5 años no sabían ni el nombre del director, ni tenían información sanitaria o no conocían el plan”.

4. Evaluación gestión directiva

a. ¿Qué aspectos creés que hay que profundizar?

Creo que lo que hay que profundizar es el tema de la eficacia. Ya hicimos el plan, lo estamos midiendo. Ya es otra cosa. Sería buenísimo, uno de los sueños que uno tiene en el marco del Estado, es que el Estado sea eficaz. Que las cosas no se hagan en 2 meses, sino en quince días, en los tiempos adecuados y razonables para dar una mejor calidad de atención. Me da la sensación que siempre en el Estado ha costado mucho, el avance de las cosas. Entonces uno tiene que ser eficaz, los equipos tienen que ser eficaces, la comunicación tiene que ser eficaz. La búsqueda de recursos, la gestión, la administración, todo. La rueda tiene que estar aceitada y todo caminar acertadamente. Hay mucho déficit en la normalización, en cómo se hacen las cosas, en ponernos de acuerdo. Todos sabemos que hacer, cómo queremos que sea, pero cuando llega el momento de la implementación y ser eficaces, fallamos.

El tiempo es una de las variables de calidad más importantes que existen. Y todo se hace lento, el alcance de las metas se dilatan y entonces perdés satisfacciones. Las satisfacciones son un fenómeno que realimenta al trabajador y los equipos. Si no alcanzas los éxitos vivís en el fracaso. La idea no es vivir en el fracaso, yo vengo acá para triunfar y para que mi triunfo sea reflejado en una buena atención y la gente feliz. Ahora cuando el trabajo es un fracaso, porque las cosas no salen, la que se perjudica es la gente.

Hay que trabajar sobre los procesos, hay que trabajar sobre la normalización y hay que trabajar sobre el control. Este es uno de los proyectos que estamos llevando adelante, se llama agenda operativa. Es una agenda que recuerda qué es lo que tenemos que hacer todos. Alguien está mirando esa agenda, es un tablero de mando operativo que nos invita a meterle acción a las cosas. La idea es que me muevo para que las cosas pasen. Me acuerdo que yo tenía un ministro que me decía que estamos para hacer que las cosas pasen. No hay que quedarse en el “hay que” y cuanto mayor sea el volumen de la masa crítica de gente enganchada en eso, más eficaz va a ser uno.

La gestión tiene que ver con la calidad de los conductores, o sea, líderes o no. El conductor hace su trabajo a través de la comunicación, de convencer a los otros, de motivarlos, de estar cerca, es un proceso de liderazgo, de equipos. Es el que hace que las cosas pasen. Ahora cuando vos no tenés conductores líderes, o sea no tenés buenos jefes, las cosas no pasan. Por eso cuando uno habla de capacitación y gestión, hay que transformar a un jefe en un gestor. Que tenga conocimientos de administración y gestión, pero que también tenga conocimientos de conducción de equipos, de recursos humanos, que sepa. Y de esos no necesitamos uno, necesitamos veinticinco. Que todos los jefes de las áreas y los equipos sean eso. Mucho se hace a través de la capacitación, y a través del liderazgo de los que están más arriba. Por eso yo siempre digo: Vos tenés 70 hospitales, que son más o menos iguales. Más o menos viejos, con trabajadores más o menos iguales, que cobran el mismo salario. O sea un bloque único dentro del sector público. Y los ves, los recorres y decís “que distinto es este hospital de este otro”. Y te preguntas qué pasó. Si son los mismos médicos, los mismos trabajadores, la misma burocracia del estado, las

mismas condiciones de trabajo. Y lo que te define el estilo de cada hospital es la conducción que tuvo y que tiene. En un día no cambias nada, mínimo una década. Tenés que preguntarte quiénes fueron los directores y cuánto tiempo estuvieron.

1.5 Lic. Ricardo Sánchez Dillon

El día 09/01/2018 se realizó la entrevista al coordinador a cargo del área de comunicación del Hospital San Juan de Dios, Ricardo Sánchez Dillon. La misma fue semiestructurada y tuvo por objetivo indagar sobre las percepciones del entrevistado en cuanto al área de comunicación, su evolución y particularmente, su rol como coordinador. Se destaca la preponderancia de unos modos de narrar muy estructurados, por parte del entrevistado. Las respuestas tendieron a ser "políticamente correctas" y descriptivas en su mayoría, con una ligera inclinación a la sobreponderación de los logros y a cierta ausencia de autocrítica real.

Ejes/Preguntas

1. Experiencia en el Área de Comunicación del Hospital
 - a. ¿Hace cuánto tiempo estás en el área?

Desde Mayo de 2016.

- b. ¿Cuales son tus funciones?

Coordinar el área de comunicación. O sea todo lo que es comunicación interna y externa. Nosotros dividimos, al igual que el Ministerio, el área en 2. Una parte de comunicación y otra lo que es el diseño, que esta dentro pero que es importante dividir porque es bien marcada la diferencia. Es dependiente de una coordinación que uno tiene que hacer y la persona dedica al diseño de las piezas actua independiente casi.

2. Percepciones sobre la comunicación
 - a. Definición de comunicación

Es la interacción y la forma de que tiene el hospital para poder informar las diferentes acciones que puedan ocurrir tanto de manera interna como externa. Acciones, actividades, etc.

3. Experiencia en planificación
 - a. ¿Se presentó un plan de comunicación en sintonía con el plan de gestión 2016-2019?

Si, nosotros por una cuestión ministerial estamos obligados a presentar una planificación en base al trabajo, de por qué estoy contratado por el Estado. No es solamente una cuestión interna, que también es importante planificar. Sino que también es una cuestión que te impone el ente regulador. Obviamente cada año tratamos de planificar el año completo, después obviamente que van sucediendo cosas que pueden irse sumando a esa planificación que uno hace a principio de año.

- b. ¿Qué aspectos priorizaron?

En primer lugar, había 0 comunicación externa. Cero. Y una comunicación interna deficiente. La parte de diseño siempre estuvo muy bien cuidada, porque el personal que tenemos hoy, que es más precisamente María Laura, es excelente como profesional y los trabajos que hace son muy buenos. Pero en sí, ella tampoco tenía una planificación, porque ella lo que hacía es a demanda. Y Sabrina, sí tenía una pequeña planificación de comunicación a través de redes sociales. Lo que hicimos fue profundizar y optimizar esa comunicación a través de redes y la comunicación interna, que todavía no esta al 100%. Falta mucho trabajo. Es muy difícil todavía, con las herramientas que uno tiene y que tiene el personal interno. Se hace un trabajo difícil. Pero se han hecho acciones para crecer.

c. ¿Qué proyectos gestionaste/estas gestionando en el área?

i. ¿Cómo se decidió gestionar esos proyectos?

ii. ¿Quién tomó las decisiones?

iii. ¿Se tuvieron en cuenta otras voces?

Mira, de lo que se hizo desde que arrancamos se han puesto cartelera, se ha hecho un trabajo sobre la comunicación interna del hospital. Vamos a dividirlo en interna y externa.

En interno todo lo que es cartelería, también hay una cuestión que tuvimos que analizar en conjunto con los sindicatos, porque cada sindicato tiene su espacio. El hospital también es un área donde tratamos y nos enfocamos mucho en que este limpio (el hospital). Porque una cosa es hacer una comunicación interna de pegatinas y otra cosa es cuidar también la seguridad e higiene del hospital. Entonces se implementaron carteleras, espacios individuales y propios para cada uno de los sindicatos que puedan comunicar todas las informaciones de su gremio. Y además se hizo un trabajo de análisis, procesamiento, objetivos y metas, de todo lo que es redes sociales para comunicación interna (Facebook y Youtube). Y después el emailing. Eso en comunicación interna. En comunicación externa/interna es el desarrollo de la página web. Y además de la relación con los medios. O sea lo que se profundizó en 2017. En parte de 2016 gastamos el tiempo, o sea invertimos el tiempo en el desarrollo de lo que iba a venir más adelante. O sea el desarrollo del plan, independientemente de que uno va tapando agujeros. Ya en 2017 empezamos a desarrollar el plan.

Nosotros trabajamos en equipo con las chicas y vamos analizando y desarrollando propuestas para la dirección. O sea, nosotros elevamos las propuestas directamente a la dirección del hospital.

iv. ¿Cuáles son las principales problemáticas que visualizas en torno a la comunicación?

Una era la comunicación externa. Mejoró muchísimo y obviamente hay que seguir, porque la comunicación externa lo que hace es mantener vigente y vivo el día a día hacia la comunidad. Lo que se hace, lo que se necesita, las relaciones con el Ministerio, las relaciones con otras instituciones. Eso es importantísimo para el hospital y se han logrado muchísimas cosas. Las relaciones con los medios de comunicación han mejorado muchísimo y nos han dado espacios que antes no teníamos.

Y sí hoy tenemos que mejorar muchísimo la comunicación interna todavía. Y lo más importante, que es la visión que tenemos para este 2018 y 2019 es la señalética del hospital. Que nos podemos hacerla efectiva. Sí podemos ir pensándola y desarrollándola, pero no implementándola porque es un hospital en obra y permanentemente estamos cambiando hasta que no terminen todas las obras. No se puede hacer un pedido de esas características que es millonario. La señalética para un hospital como este es de muchísimo dinero. Hoy es un hospital que tiene mil recovecos. Las áreas van cambiando en base a la dinámica de las obras. (La señalética) es recontra necesaria y es un desafío para los años que vienen pero hasta que no terminen las obras no podemos implementarla. Sí estamos desarrollando para futuro.

v. ¿Cómo creés que se puede trabajar desde la comunicación los procesos de motivación e implicación de los trabajadores?

Eso está ahí en la comunicación interna y en cómo uno puede llegar a cada una de las personas. Sean profesional, administrativos, etc. De diferentes maneras. Incluyéndolos en comunicaciones, en reuniones, haciéndolos partícipes de sus logros personales o profesionales. Y eso se está haciendo. Si vos entras a la página, vas a ver que ha habido logros, por ejemplo en el servicio de cardiología con premiaciones, y eso se está publicando. Se publicó en el diario y en la página (del hospital). Y eso es parte de la motivación.

Otra de las cuestiones que hemos hecho en base a la motivación, también fue una idea que salió desde el área de comunicación, fue reconocer a final de año a una persona de cada uno de los sectores. Ya sea, consultores, profesionales médicos, enfermeros, agentes del rubro administrativo. No solamente con un presente, sino también con el reconocimiento en sí del hospital.

4. ¿Cómo se trabaja desde el hospital el “PLAN HOSPITALES HUMANIZADOS”?
- i. ¿Qué líneas/directivas se bajaron?
- ii. ¿Quién es el responsable coordinador a nivel ministerial?
- iii. ¿Lo consideras útil/positivo?
- iv. ¿Qué cambios notaste desde su implementación?

Más que nada el tema Hospitales Humanizados, lo maneja la dirección. Yo comparto algunas reuniones que me invita la dirección pero el área de comunicación del hospital no tiene ninguna ingerencia en eso.

Las exposiciones ante el Ministerio en las reuniones de hospitales humanizados, las hace el director del hospital o los directores asociados. Nunca me llamaron, ni el Director, ni desde Hospitales Humanizados para decirme “Ricardo tenés que dar una charla sobre el área de comunicación del hospital”. Es más, de hecho todavía el área de comunicación no tiene un espacio dentro de lo que es la estructura organizacional, o sea el organigrama del Ministerio. No esta. No existe el área de comunicación en un hospital. Está acá, en el Ministerio de Salud. Dentro del hospital el área de comunicación fue creada en base a las necesidades internas (yo no estaba todavía). Hoy vos agarras el organigrama vigente del Ministerio y no existe.

1.5 Dr. Daniel Corsiglia

El día 11/01/2018 se realizó la entrevista al Director Ejecutivo del Hospital San Juan de Dios, doctor Daniel Corsiglia. El objetivo de la misma fue indagar sobre cómo se construyó el proyecto de gestión plasmado en el “plan director 2016-2019”, y conocer la percepción del entrevistado sobre la comunicación y los procesos comunicacionales que se desarrollan en el hospital.

El entrevistado se mostró sólido en su discurso. De los cinco entrevistados, fue el que se acercó en mayor medida a la conceptualización de la comunicación como “espacio de encuentro sociocultural”. Sin embargo, en su discurso puede observarse la primacía de la dimensión informativa y técnica de la comunicación.

Los ejes/preguntas fueron los siguientes:

1. Comunicación/Planificación

- a. ¿Cómo se llevó a cabo el proceso de planificación para la realización del plan de gestión 2016-2019?

El equipo de dirección de junio 2016 es un equipo nuevo. Convocado con gente del hospital, que estaba trabajando y otros que no. Como es mi caso, yo estaba Jubilado desde el año 2004. Fui convocado específicamente para hacerme cargo del hospital por la actividad que tenía en gestión. Lo que planteamos fue llevar adelante un esquema de trabajo que tuviera un plan por lo menos trienal. Es decir, no trabajar con la metodología que habitualmente trabajan. Que es resolver los problemas diarios, sino pensar en el día a día pero básicamente a futuro. Entonces ahí hicimos una estrategia de convocar a gente que estaba en otro lugar, que sabíamos que estaban trabajando en planificación estratégica, como el caso de Martín Montalvo, de Ana Castro, que estaba en otro hospital trabajando en capacitación. Con eso conformamos un equipo entre los directores y este grupo de gente que se transformaron en “directores adscriptos”. Que son directores ad honorem en la actividad de dirección aunque tengan tareas específicas. Uno quedó a cargo del área de gestión de comunicación, el otro a cargo del área de gestión de calidad. Es decir, se empezaron a armar distintas áreas y empezaron a trabajar.

A través del trabajo una de las primeras cosas era hacer la planificación del plan operativo anual, de año a año con una memoria a fin de año y un nuevo plan operativo para el año siguiente. Considerando un programa que llamamos el “programa de los mil días”. Es decir era un programa de trabajo sobre la infraestructura del hospital, en base a un plan director, donde la idea era darle racionalidad o razonabilidad a los lugares. Cuando llegamos teníamos todo desperdigado.

- b. Cuando tomaron el cargo ¿Existían planes formales escritos por la dirección anterior?

Yo creo que sí. Creo que en las gestiones anteriores hubo. No se si se plantearon para ejecutarlas en tiempo y forma. Es decir, nuestra idea es que en este tiempo, mientras estemos, no creo que vayamos a ver gran parte de lo que estamos planificando. Pero yo lo que siento es el cambio filosófico más importante. No decir que nuestra justificación está en resolver el problema de hoy, sino está en resolver el problema de hoy y generar un plan de hospital diferente para el futuro. No que cuando venga la nueva gestión tenga que empezar con todo de nuevo, sino que tenga un plan de obra establecido, que tenga un plan de capacitación establecido. Es decir, nosotros tenemos cuatro desafíos estratégicos. Uno el de infraestructura, el otro de capacitación, otro de recursos humanos. Esos cuatro desafíos estratégicos tienen 16 planes con distintas metas. La idea es combinar como si fuera un equipo de bomberos, habría bomberos para apagar el incendio y bomberos para planificar cómo evitar el incendio, cómo mejorar la prestación futura, etc. Que sean dos grupos que trabajen en paralelo.

c. ¿Cuál fue el lugar que ocupó la comunicación a la hora de pensar el plan de gestión?

i. En función de ello que medidas se tomaron

ii. ¿Cómo se diagnosticó?

La comunicación fue una de las áreas de gestión. Fue TIC's y comunicación, donde estaba toda la parte de informática, toda la parte de programas y procedimientos, y todo lo de comunicación eficaz e inteligente. Es decir, que hubiese una mecánica, para eso convocamos a un licenciado en relaciones públicas, que se hizo cargo del área con las chicas que están como diseñadoras gráfica, donde más allá del material que se hiciera para informar, hubiera una estrategia de información. A quien teníamos que llegar? De que forma llegar? Lo que pasa es que eso esta todo en proceso porque yo creo que venimos de una cultura con unas tendencias o hábitos que no están en la línea de la excelencia de trabajo. Es decir, creo que veníamos con una vara muy baja y levantar la vara no significa solamente tener recursos económicos o técnicos. Significa tener un cambio de mirada. Entonces la comunicación es fundamental.

Yo hice el transplante afuera y una de las cosas que nos enseñaron basicamente es que si la información a la comunidad está mal hecha, era un retroceso de cada programa. Entonces había que ser muy prudente en qué se informaba, cómo se informaba. Entonces acá la información es... fijate que por primera vez tenemos una página web que tiene ciertas características de calidad, donde están todos los procesos y procedimientos incluidos. Así que la comunicación tiene un lugar te diria importante y estratégico.

d. Definición de comunicación

(Mueca de sonrisa) La comunicación no es información. Comunicar es lograr que el principio de diálogo se cumpla. Y diálogo es que el otro entienda lo que le están diciendo. Es decir, se basa más en la capacidad de escucha que en la capacidad de expresión. Pero la expresión tiene que ser muy clara.

Uno cuando habla de las redes sociales, todo. Eso más que concepto, para mi, de comunicación, son áreas de información, de puesta arriba de la mesa de un montón de datos. Después hay que ver cómo se procesan los datos, cómo se procesan en base a cómo se entregan los datos. Entonces la comunicación es como una mecánica de enseñanza/aprendizaje. Es de ida y vuelta y es constante. Y es reciclable. Es decir si yo planteé algo de comunicación y no se entendió, tal vez tenga que volver a repetirlo las veces que sea necesario. Tal vez tenga que cambiar la estrategia de comunicación porque por este lado no va. Pero creo que tiene más que ver con lo que yo capto de lo que me dicen, que lo que me dicen.

e. ¿Cómo calificaría el estado de la comunicación antes y después de su gestión?

i. ¿Por qué?

ii. ¿Qué cambios propiciaron?

Yo creo que el cambio más significativo que estamos teniendo es que me da la sensación, por ahí estoy teniendo una percepción que es parcial, pero creo que tenemos más capacidad de diálogo, más posibilidad de diálogo, más lugares de reflexión y de discusión. Se está jerarquizando el tema

de que los temas que vienen de distintos lugares se puedan volcar todos en una mesa de discusión donde estén todos los actores, no falte nadie.

Empezó a funcionar de nuevo el CATA, se formó el consejo de administración que no estaba armado, que son mecanismos de contralor, todos los comités comenzaron a funcionar de nuevo. Creo que el cambio más significativo fue transformar la estructura hospitalaria en una estructura de aprendizaje desde todo punto de vista. Desde el formal, el académico, del estrictamente técnico, el circunstancial, el incidental. Yo creo que es la base del cambio. Es decir, lograr ... El otro día hablábamos del tema del diálogo. La raíz de la palabra es dia logo, dia es apertura, logo es palabra a través de la palabra. Es decir es la apertura de mi pensamiento a través de la palabra del otro. Entonces, uno en general la capacidad de escucha está alterada. Uno tarda dos años en aprender a hablar y 60 en aprender a callar dicen.

2. Evaluación de gestión

a. ¿Cuán frecuente es, en tu experiencia, escuchar la frase “falló la comunicación” o “es un problema de comunicación” como explicación o justificación a una situación problemática?

Yo creo que la comunicación tiene dos líneas. O tres. Saber lo que tengo que decir, cuándo lo tengo que decir, y cómo lo tengo que decir. En general el que y el dónde/cuándo puede ser un problema. Porque por ejemplo: si yo le tengo que dar una información a un familiar de su familiar en un pasillo. Eso se corrige pensando en eso. Es decir, teniendo espacios donde yo pueda hablar con la gente en un ambiente amable y agradable. Qué es lo que tengo que decir depende básicamente de la formación. Y ahí la formación tiene que dejar de ser técnica para ser técnico/humanística. Porque ahí tiene que ver el punto más importante: cómo tengo que decir. Y el cómo lo tengo que decir hay gente que la dice siempre bien, porque espontáneamente o naturalmente tiene esa capacidad empática de comunicarse con el otro. Y el que no la tiene o no tiene que informar o tiene que aprender a informar. Es decir, nosotros no tenemos todo un procedimiento de enseñanza para ver cómo tenemos que decir las cosas. Es decir, yo tengo una clase que se llama “las trampas de la emergencia”. Y una de las trampas es la trampa de la información. Entonces en una parte se pregunta: ¿Cuántos de ustedes (médicos) fueron entrenados en hacer un diagnóstico de apendicitis? Todos ¿Cuántos de ustedes (médicos) fueron entrenados en hacer un diagnóstico de anginas? Todos ¿Cuántos de ustedes (médicos) fueron entrenados en cómo informarle a la familia que tenía una angina, una apendicitis o un cáncer? Nadie. Lo aprendimos en la calle y de acuerdo de quien lo hayamos aprendido está la impronta de como nosotros lo hacemos, entonces ahí tiene que ver: primero, modificar fuertemente la formación universitaria. La formación universitaria, lo puedo decir, es lo que siento, es mala. Pero no es mala en lo técnico, es mala en lo humano. Ningún profesional es mejor de lo que es como persona, entonces es una persona con otra persona, en esa comunicación la calidad de persona tiene un papel, muy importante. Entonces, vos me decís qué estrategias pueden ser: mejorar lo universitario, tener un plan interno donde, a través de distintas estrategias, uno pueda mejorar la capacidad de comunicación (ateneos, pase de revista, reuniones ad hoc, no dejar pasar temas de maltrato). El hospital entró desde 2016 en este programa de Hospitales Humanizados. Eso fue un paso enorme. Porque por más que sea como si fuera verdad de perogrullo “hospital humanizado”. El hospital tiene que estar humanizado. Sí. Pero lo que abunda no daña. Agregarlo implica: si yo estoy apuntando a un hospital humanizado, significa que tengo hospitales no humanizados, esa es la realidad. Y vos no tenes chances de cambiar algo si no reconoces el problema.

b. ¿Han habido mejoras palpables a raíz del programa Hospitales Humanizados?

En mi percepción te diría que dividiendo a la gente en tres tercios: la gente que es muy buena porque es naturalmente buena y aparte se formó bien, ese grupo yo creo que dió un salto de calidad; en el grupo que no es ni bueno ni quiere serlo, no se si se pueden ver frutos; y en el medio hay gente que cambió su actitud. Yo creo que el cambio de actitud y hábito es, si uno lo pudiera medir, sería lo que mediría para ver si han aparecido efectos. Yo creo que hay cambios interesantes. No te podría decir significativos. Porque no se cuanta significación tiene, pero que hay gente que está con esto de hablar del diálogo, y cuando alguien presenta una situación crítica y vos te sumas a discutir en general es una catarsis. Cuando vos logras hablar de otra manera, la otra persona ... hasta lográs un cambio de mirada. Yo creo que hay un cambio. Por ahí eso más lo tendrían que decir varias personas a través de una encuesta.

c. ¿Qué aspectos cree que hay que profundizar?

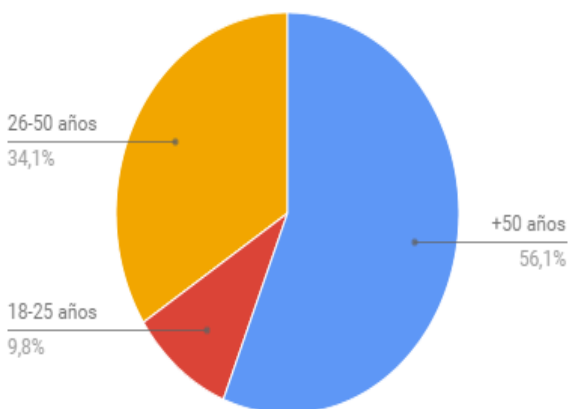
En gestión, primero tener un plan. Sino hablamos en el aire. La pregunta es a dónde quiero llegar. Tener claro cual es mi misión, visión y valores. Básicamente la visión. Tengo que tener un plan basado en mi identidad, en lo que yo soy como hospital. También es importante cambiar una dinámica de trabajo que es lo que se discute y lo que se acuerda se hace. Porque acá muchas cosas las discutimos, cual es el beneficio, antes se tomaban decisiones sin discutir. Ahora que tenemos todo el diagnóstico de situación, ejecutar. Ejemplo: Hay que controlar el ingreso, estamos todos de acuerdo. “¿Controlamos el ingreso? No. ¿Porque? Y porque no tengo tarjeta, porque no tengo barrera, etc. Entonces si es tan difícil no hagamos nada.” Es decir, si tomamos una decisión, nos podemos poner un plazo, y el plazo puede ser de 1 año, pero sí tenemos que convencernos que en la planificación que dentro de un año esto lo tenemos que estar haciendo. Con respecto a comunicación, tener herramientas bien concretas de comunicación. Tener herramientas para educación formal e institucional que existan, que yo pueda informar a todo el mundo lo que tengo que informar. Tiene que ver con otra herramienta de información que es la individual, interpersonal, por áreas donde yo tenga como mecánica juntarme con la gente y escucharlos. No que cada vez que alguien viene acá sea para retarlo. Sino para preguntarle que le pasó. Por ahí lo que le paso es producto de su ineficiencia, de su desidia, que eso ya tiene otro color. La comunicación no puede estar basada en presupuestos o preconcepciones. Creo que hay que seguir las dos líneas: la formal/institucional que tiene que ser cada vez más purificada, para que no informemos cualquier cosa. Es decir, tenemos una pagina web, lo que sale ahí no es lo que sale en internet en cualquier medio social. Tiene que ser información detallada, avalada, chequeada, pero no por el tema de una censura, sino para que no se diga una barrabasada. Porque el efecto comunicacional en las instituciones tiene mucho valor. No es lo mismo lo que pueda decir yo en mi casa, que lo que pueda decir en televisión adelante de una cámara como director de un hospital. La trascendencia del mensaje no necesariamente va a ser otra, pero puede ser otra.

2. Documentos Organizacionales

2.1 Encuesta de Satisfacción en la atención de Consultorios Externos – H.I.E.A y C. San Juan de Dios. 1er Trimestre 2017. Muestra: 127 encuestados.

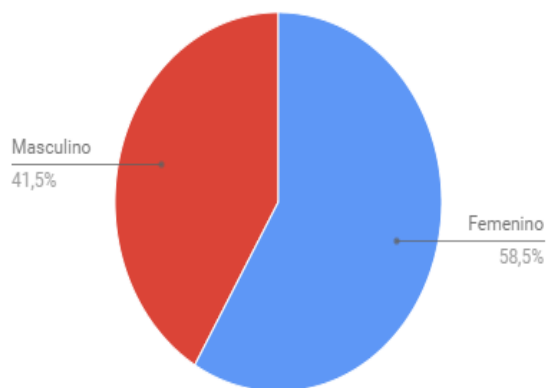
1. Edad

Edad

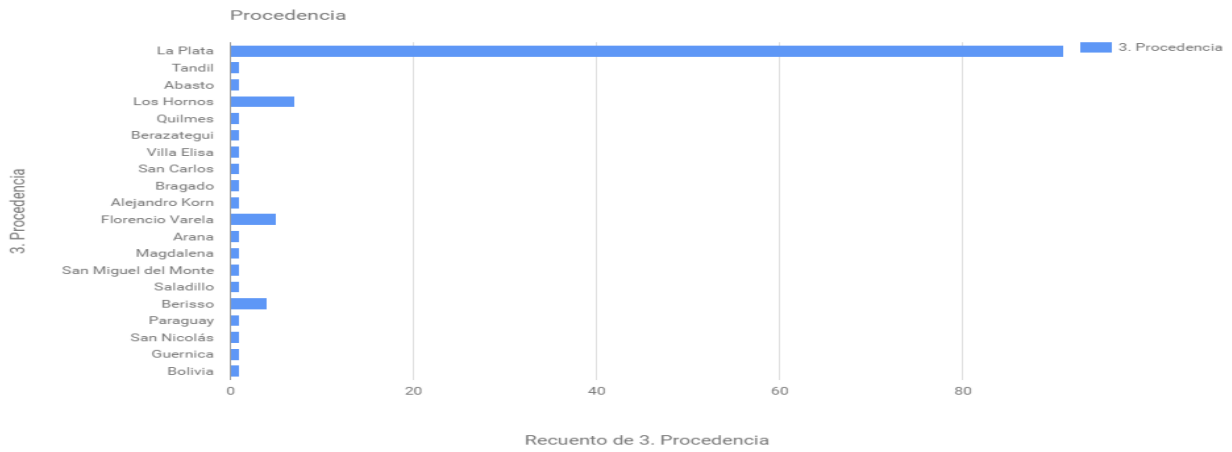


2. Género

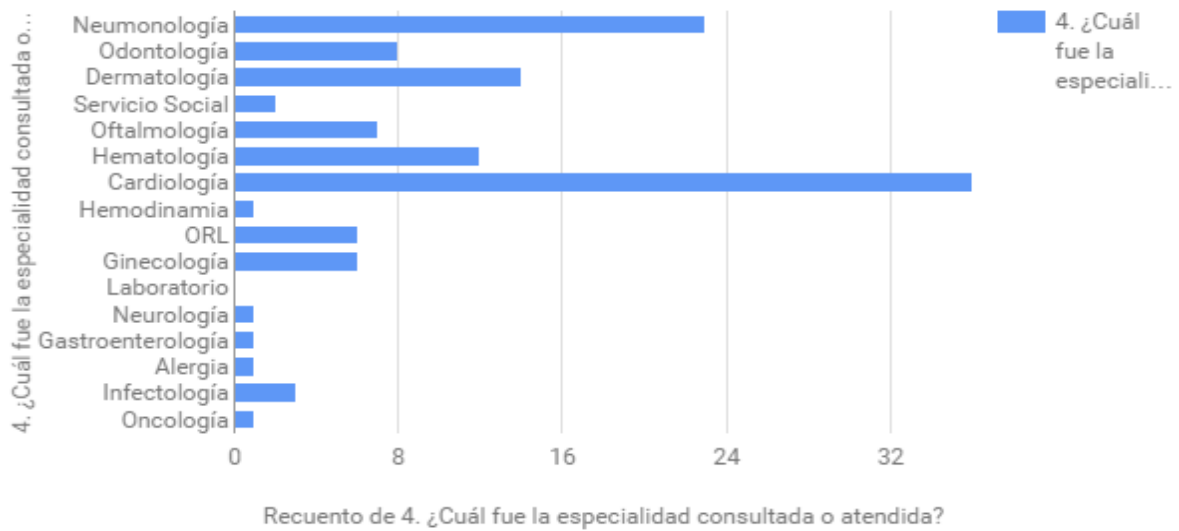
Género



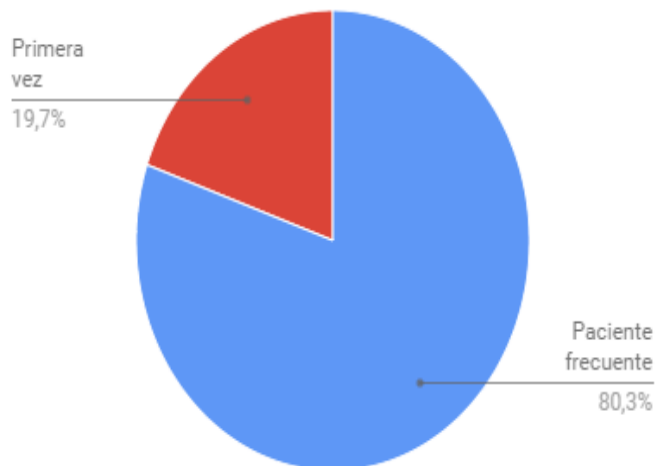
3. Procedencia



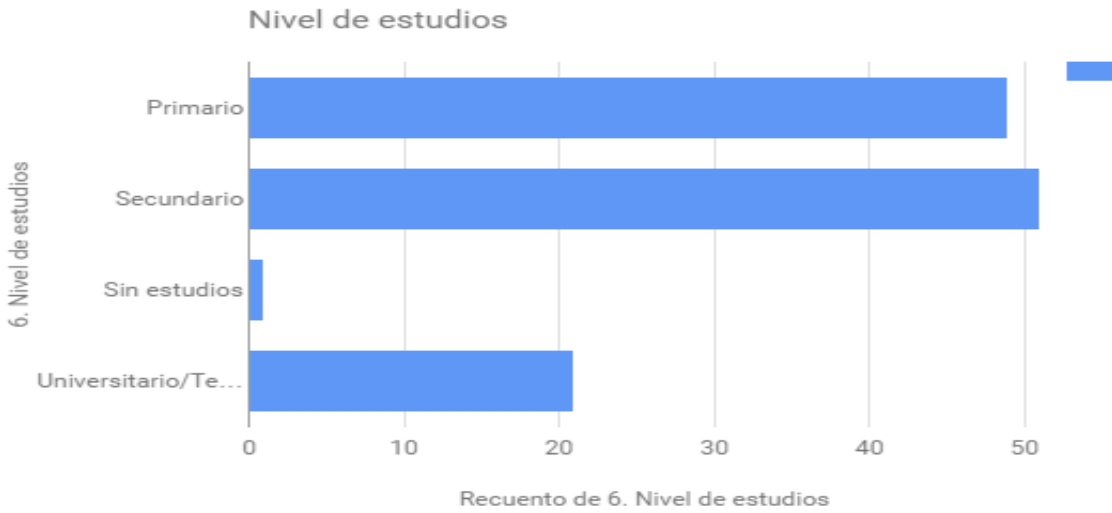
4. ¿Cuál fue la especialidad consultada o atendida?



5. Tipo de Paciente



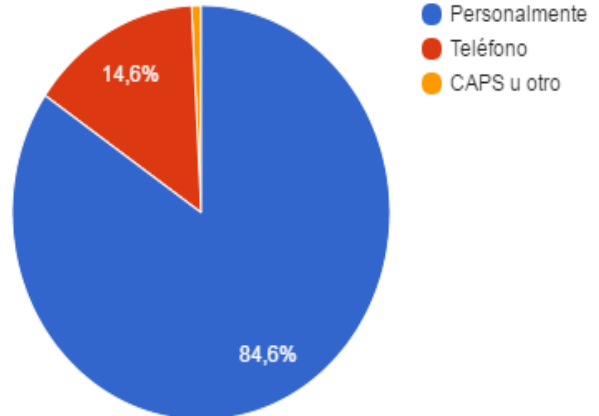
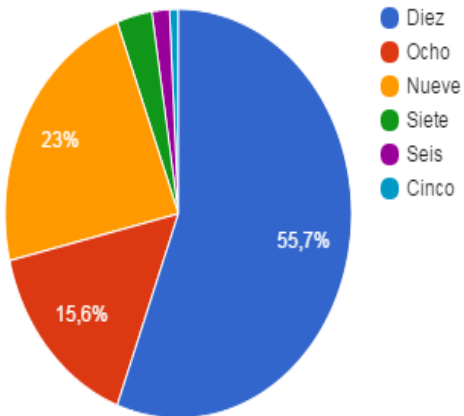
6. Nivel de Estudios



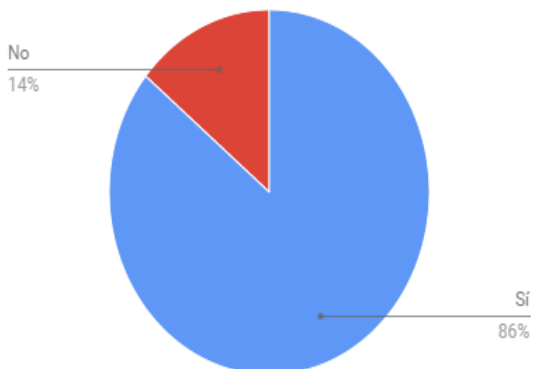
7. Calificación - Atención recibida

Promedio: **9.23**

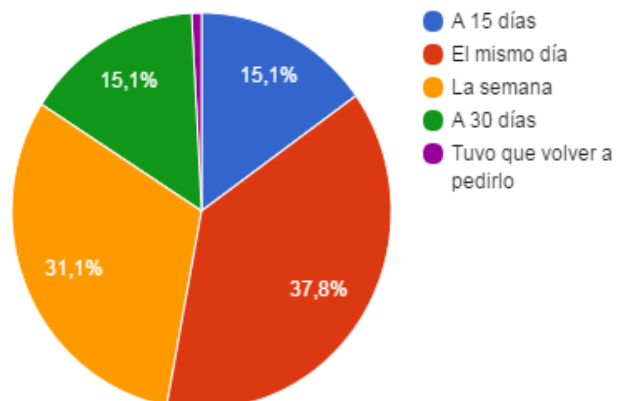
8. ¿Cómo consiguió el turnos?



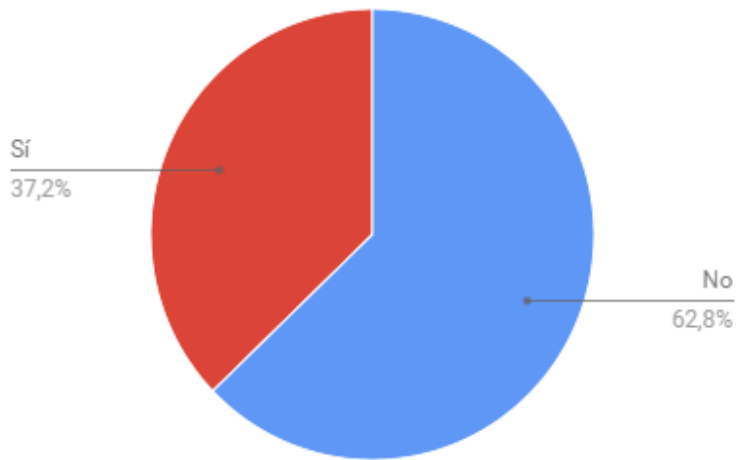
9. ¿Consiguió el turno para la fecha deseada?



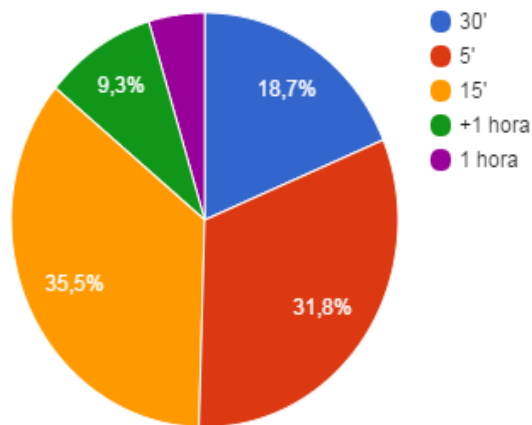
10. El turno le fue concedido para:



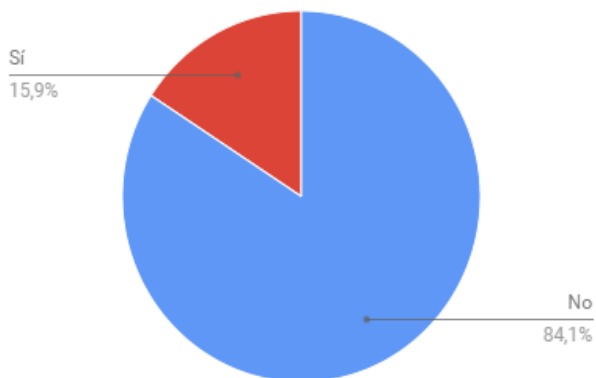
11. Tuvo que ser muy insistente en la comunicación telefónica



12. ¿Podría estimar el tiempo de espera para sacar el o los turnos?



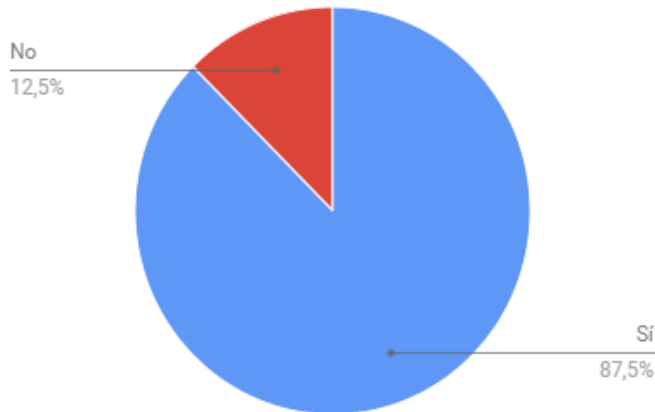
13. ¿Tuvo que realizar varias filas? amable?



14. ¿El trato del operador fue

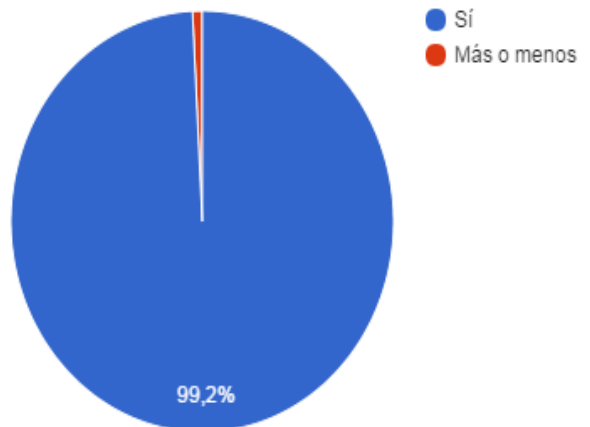
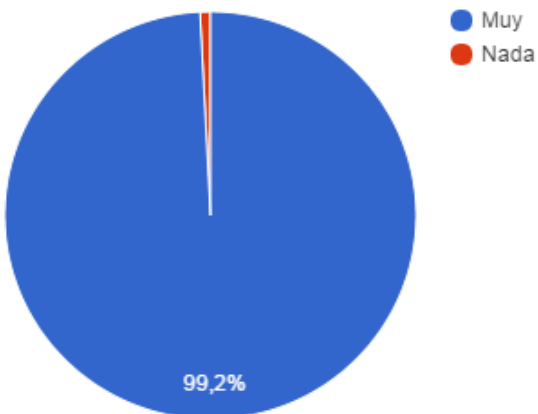


15. ¿El día de la atención en consultorio se realizó con puntualidad?



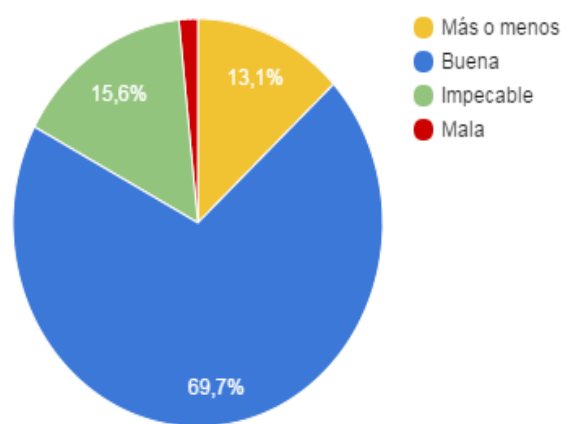
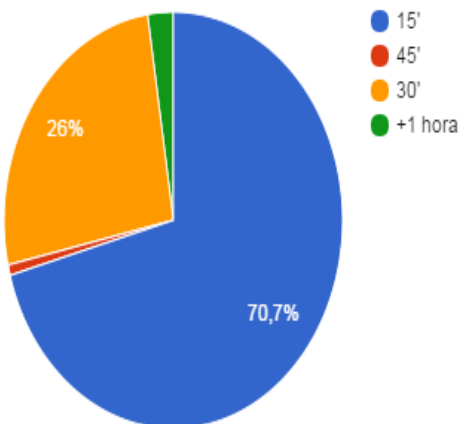
16. El médico fue amable y respetuosos dudas

17. El médico fue claro al responder sus preguntas y dudas

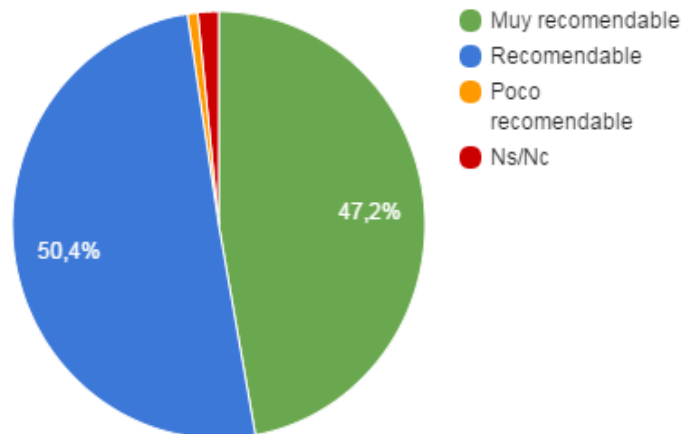


18. El tiempo estimado que duró la consulta consultorio

19. La limpieza y orden de la sala de espera y consultorio



20. Si un familiar o amigo necesitara a estos consultorios, Ud. lo considera



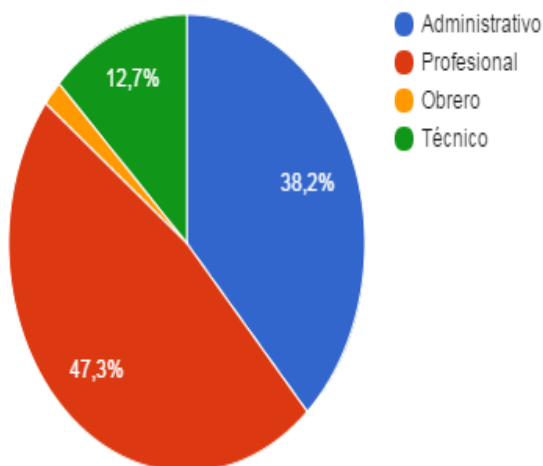
21. Sugerencias/Comentarios

A continuación se enumeran las principales problemáticas percibidas por los pacientes, según lo expresado en la encuesta: (ordenadas de mayor a menor cantidad de apariciones)

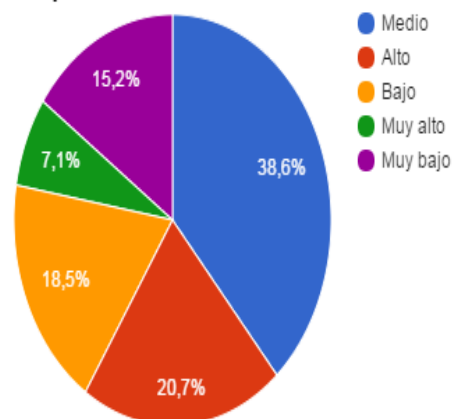
1. Falta o problemas con la limpieza e higiene en el hospital/sala
2. Falta o problemas con la estructura edilicia del hospital/sala
3. Problemas con el sistema de turnos (Demoras)
4. Falta de comunicación/información sobre cómo obtener turnos

2.2 Encuesta de Clima Laboral Marzo 2017 - H.I.E.A y C. San Juan de Dios. 1er Trimestre 2017. Muestra: 185 encuestados.

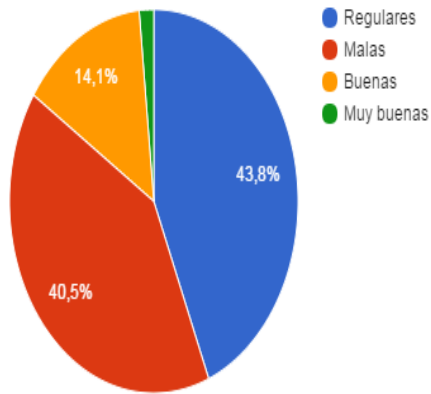
Cargo



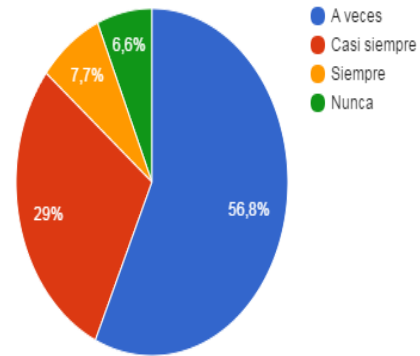
¿Cuál es el grado de satisfacción y/o motivación que usted tiene en el ámbito de trabajo en este hospital?



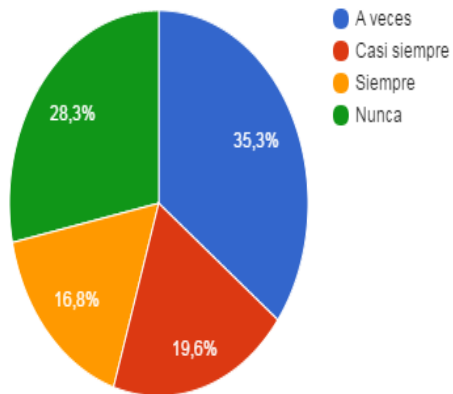
¿Cómo considera las condiciones edilicias en su trabajo?



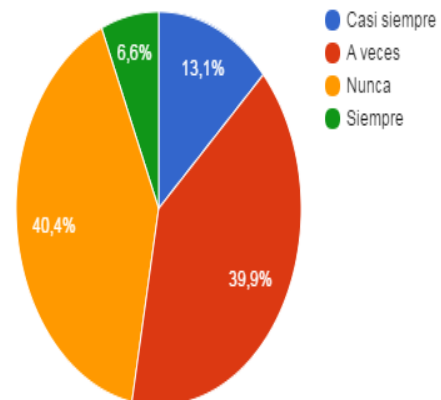
¿Siente que tiene los insumos y/o equipamiento adecuado para realizar sus tareas?



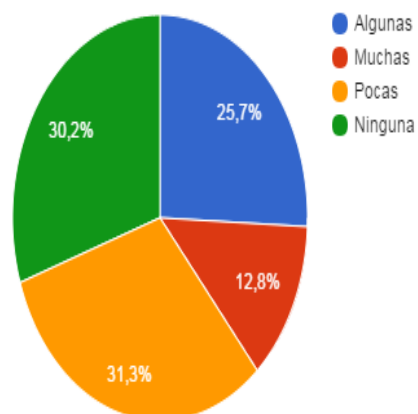
¿Siente que tiene participación activa en las cuestiones vinculadas al funcionamiento de su servicio y hospital?



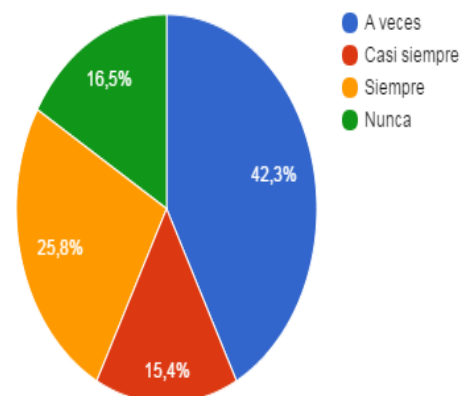
¿Siente que el hospital se ocupa de su formación/capacitación?



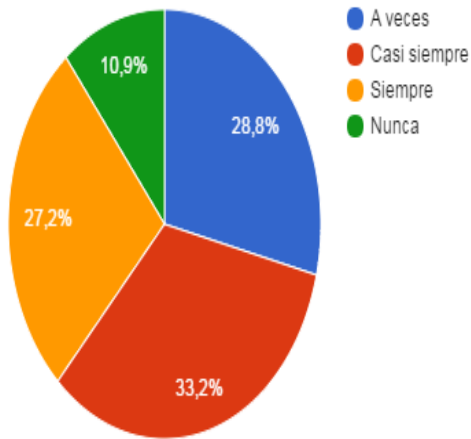
¿Siente que la organización le aporta una posibilidad de desarrollo y crecimiento?



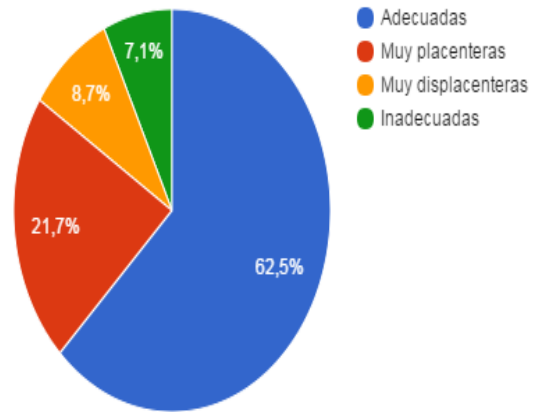
¿Siente que el hospital y/o su jefe le reconocen su valor y/o su trabajo?



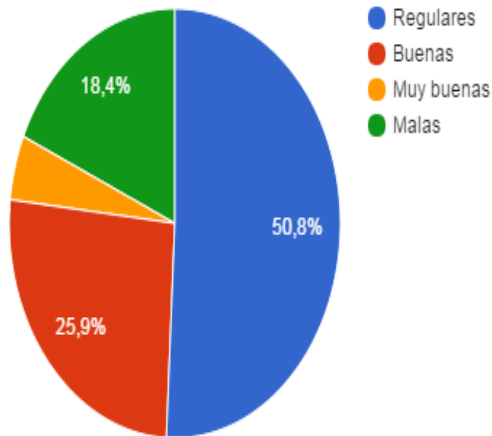
¿Siente el reconocimiento de sus pares?



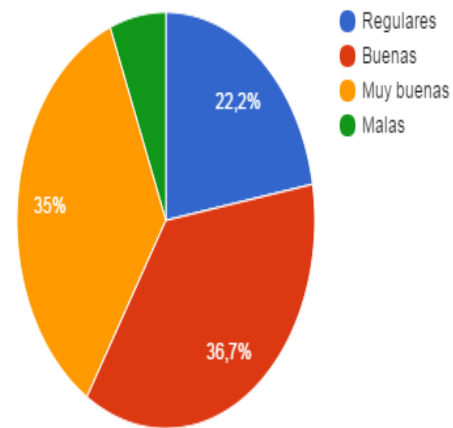
¿Como considera el estado de las relaciones interpersonales en su servicio?



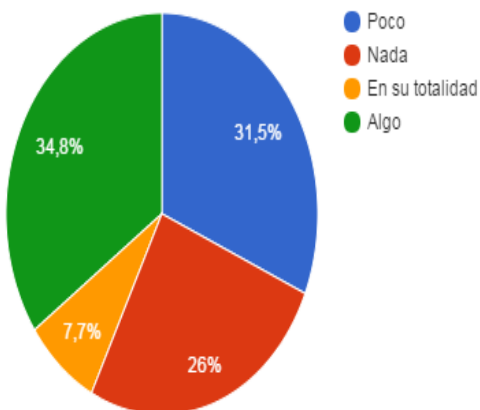
¿Considera adecuada la comunicación interna institucional del hospital?



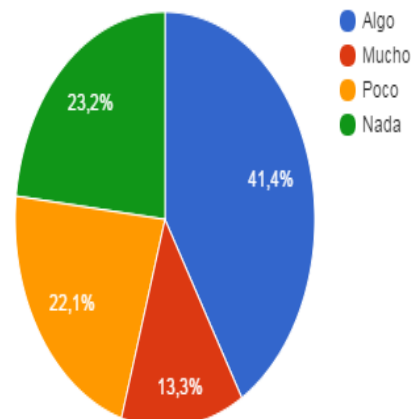
¿Cómo considera la comunicación con sus jefes?



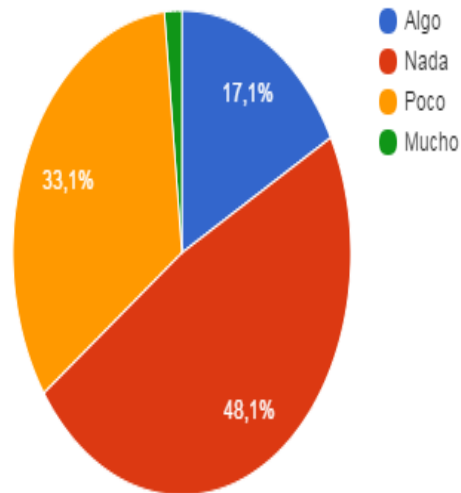
¿Conoce la política y/o el rumbo que ha tomado el hospital?



¿Considera que el hospital le aporta a usted prestigio?



¿Siente que el ingreso salarial lo satisface?



Comentarios/Sugerencias por temas más recurrentes

1. Higiene/Condiciones edilicias: principalmente falta de limpieza en el hospital en general, y baños en particular. Condiciones edilicias problemáticas en salas de estar de guardia y baños.
2. Comunicación: Surgen inquietudes por la “falta de comunicación”. Falta de recepción y compromiso de los elementos identitarios de la organización (misión, visión, valores). Destacan la falta de participación a la hora de tomar decisiones de gestión.
3. Atención/calidad: Se resaltaron falencias particulares a procesos de trabajo como “sistema de admisión de pacientes” y relaciones interpersonales.
4. Insumos/Equipamientos: En menor medida se destacó la falta de insumos y/o equipamientos para desarrollar actividades laborales.



PLAN ESTRATEGICO y OPERATIVO

2016 -2019

Hospital Interzonal General Especializado de Agudos y Crónicos San Juan de Dios



Ministerio de Salud



Buenos Aires
Provincia

Autoridades:

Dr. Daniel Corsiglia Director Ejecutivo

Hospital Interzonal General Especializado de Agudos y Crónicos “San Juan de Dios”

1 EL HOSPITAL

El HIEAyC “San Juan de Dios” es una institución pública dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, orientada centralmente a la atención de la patología Torácica y Cardiovascular. Se ha constituido a lo largo de su historia en el lugar de derivación última de pacientes a nivel provincial para la resolución de los casos de mayor complejidad clínica y quirúrgica, mostrando su personal auxiliar, técnico y profesional una elevada capacitación y sentido de pertenencia al ámbito público asistencial.

Paralelamente, la ampliación e incorporación de nuevos servicios asistenciales generales llevó a transformarlo en referente local para la comunidad de la ciudad de La Plata, y junto con la reciente Unidad de Pronta Atención de Los Hornos contribuye a brindar servicios asistenciales a la población de la zona norte de la ciudad.

Más allá de las cuestiones internas por las que el hospital debió atravesar durante las diferentes gestiones sanitarias que se continuaron a lo largo del tiempo – resultado del contexto económico, político y del propio sistema de salud – existen cuestiones obligadas a la hora de analizar y pensar la institución para la próxima década.

Es necesario por lo tanto definir las fases que deben cumplimentarse para su puesta en valor en cuanto a infraestructura, equipamiento y recursos humanos, reconociendo el activo de haber sido históricamente el principal referente científico de la alta complejidad cardiológica para cualquier punto de la Provincia de Buenos Aires y el resto del país.

El Hospital debe contar necesariamente con un Plan Estratégico y Operativo novedoso que fije los grandes objetivos a futuro, intentando transformar su organización en base a procesos, tanto de su modelo de gestión como de atención. Y procurar alcanzar una gestión eficiente, eficaz, de calidad y con los mejores resultados asistenciales, tratando de ubicar en el centro de la escena siempre al usuario natural del hospital público.

Es tiempo entonces que el Hospital disponga de un nuevo modelo de organización interna, capaz de superar la lógica tradicional de la mayoría de las instituciones hospitalarias, independientemente de las dificultades que puedan presentarse en su implementación, y con un monitoreo permanente de los avances en relación a las metas seleccionadas.

2 - EL PLAN ESTRATEGICO “SAN JUAN DE DIOS 2016 – 2019”

El **PLAN ESTRATÉGICO HOSPITALARIO** (PEH) es un documento en el cual se recoge “qué” se quiere que sea el hospital en los próximos cuatro años, y cómo se pretende conseguirlo. En él se especifican los Objetivos o desafíos y Programas operativos que se han de trabajar para avanzar hacia la Excelencia.

Al mismo tiempo resulta un Instrumento de Gestión y también el de expresar claramente la identidad del hospital, cual es el punto de partida en que se encuentra hoy y hacia donde se desea y es necesario avanzar.

Se trata de un ejercicio permanente que incorpora la Visión, Misión, los valores, los principios y los Objetivos Estratégicos que deben ser compartidos y construidos entre todos, como parte integrante de la comunidad hospitalaria. Al mismo tiempo un ordenador e indicador del rumbo y condicionante de las decisiones diarias.

Constituye un reto ilusionante y ambicioso, en el que el paciente debe ser, sin dudas, el centro y objeto de todos los esfuerzos institucionales. Para que ello sea posible, deben efectuarse las adecuaciones organizacionales, tecnológicas, de infraestructura, recursos humanos y de oferta de servicios a las cambiantes necesidades de la población, promoviendo para ello líneas de investigación aplicada.

Mejorar el modelo de relación y la satisfacción de los usuarios contribuirá a lograr una asistencia segura, ágil, resolutive de calidad y eficiente. En el camino a su logro, se requiere no olvidar el irrenunciable compromiso de la institución con todo su plantel humano, sea de servicios, administrativo, técnico o profesional, como de las políticas de excelencia a las personas.

Esto requiere un amplio proceso participativo, que incluya a quienes forman parte de su ámbito institucional, permitiendo generar un nuevo escenario orientado al compromiso con el cambio y la mejora continua.

Por tal expresado, un PEH implica una transformación cultural orientada hacia el logro de los objetivos y basada en fuertes incentivos a partir de los valores y creencias. La visión conjunta de todos los trabajadores respecto de los diferentes problemas de la organización y su intervención activa en el cambio de los procesos, los empoderará en las fases de desarrollo hacia un nuevo modelo de gestión basado en una organización más horizontal.

La tarea de quienes conducen este proceso será facilitar que esas capacidades se expresen, asumiendo un compromiso con el dialogo y el consenso como instrumento para alcanzar los objetivos.

3 - LA MISIÓN, LA VISIÓN, LOS VALORES, PRINCIPIOS

El punto de partida del diseño del PEH fue la concepción de entender a esta herramienta como un resultado del proceso de participación activa de sus cuadros estratégicos e intermedios de la organización.

Este proceso tuvo la necesidad de definir claramente la **MISIÓN** y de construir y compartir la **VISIÓN**, los **VALORES** y los **OBJETIVOS ESTRATEGICOS** que regirán la orientación del proceso de cambio de gestión.

Estas definiciones iniciales fueron fundamentales para avanzar en el proceso de planificación del hospital, orientando los Desafíos u Objetivos Estratégicos y los Programas Operativos Específicos.

DEFINICIONES

a.- **Misión.** Somos un establecimiento especializado de alta complejidad, docente-asistencial con internación de pacientes agudos y crónicos que como centro de referencia en afecciones cardiovasculares y pulmonares complejas, patología infecciosa y máxilo-facial, desarrolla procesos clínicos y quirúrgicos que tiene como fin contribuir al logro de los objetivos sanitarios de la provincia de Buenos Aires

b.- **Visión:** Constituirnos en un establecimiento público de salud que recupere su prestigio y excelencia y sea modelo en nuestra provincia y en el país como centro de salud gestionado por procesos inteligentes e innovadores que integre y lidere una red eficiente de respuesta para la alta complejidad de las enfermedades cardiopulmonares e infecciosas raras y prevalentes. De esta manera poder contribuir al desarrollo, formación y jerarquización de nuestros profesionales, trabajadores, docentes y/o estudiantes que transiten por nuestro hospital en pos de garantizar que nuestros pacientes y nuestra comunidad de referencia o de influencia pueda contar con una organización que busca de manera continua, sistemática y planificada la excelencia asistencial

.Valores

- Honestidad y transparencia
- Compromiso y responsabilidad
- Respeto a la dignidad de las personas
- Etica individual e institucional
(Prevención, precaución, protección y prudencia)
- Perseverancia, tolerancia y firmeza
- Solidaridad y Lealtad
- Excelencia (cultura del trabajo y del error)
- Protección del ambiente

Principios

1°- CONTRIBUIR A LA SOCIEDAD: Trabajar siempre por la misión, visión y valores del Hospital.

2°- IMPARCIALIDAD Y HONRADEZ: ser honestos e imparciales en nuestra conducta colectiva y personal; sin integridad personal no podremos ser respetados ni respetar -nos a nosotros mismos.

3°- COOPERACION Y ESPIRITU DE EQUIPO: Unir habilidades para metas comunes.

4°- ESFUERZO PARA EL MEJORAMIENTO: ir permanentemente a

la búsqueda de la excelencia. 5°- CORTESIA Y HUMILDAD: ser

siempre cordiales, modestos y respetuosos.

6°- ADAPTACION Y ASIMILACION: Adaptar continuamente nuestro pensamiento y comportamiento para hacer frente a las condiciones variables que nos rodean para tratar de actuar en armonía con el ambiente.

7°- GRATITUD: ser agradecidos nos permite tener una inagotable fuente de alegría y vitalidad que nos permitirá superar cualquier obstáculo

4 – DESAFÍOS ESTRATÉGICOS

En este contexto, el PEH “San Juan de Dios” tendrá una particularidad que lo distinguirá desde el comienzo. Se fundamentará en cuatro pilares que constituirán los **DESAFÍOS ESTRATÉGICOS**, a saber:

a.- El **TRABAJO EFICIENTE EN RED** con los restantes efectores provinciales y actores del campo sanitario provincial, nacional y municipal tanto público, privado, universitario; posicionándolo como Hospital abierto y Nodo de Referencia última para tratamiento de máxima complejidad en patología cardiovascular de alto riesgo, compromiso principal de su funcionamiento.

El HIEAyC San Juan de Dios, dada su complejidad y resolutivez futura, propone tener una participación activa en todo lo que hace a la organización y funcionamiento de la Red. Para ello promoverá a través de la DPH del Nivel Central ministerial un gobierno colectivo de la Red junto con los demás hospitales que dispongan de diferente complejidad de resolución para la patología cardiovascular y torácica compleja, así como con las Regiones Sanitarias y los hospitales derivantes de jurisdicción provincial o municipal, a fin de lograr institucionalizar el funcionamiento formal de la Red.

De ese modo será posible avanzar hacia un proceso de integración efectiva, en base a una agenda de trabajo permanente y consensuada. Esto no solo refiere a brindar gobernanza de la Red, sino también a establecer un Plan Operativo protocolizado que posibilite lograr la mejor referencia y contrareferencia con la mayor resolutivez, eficiencia y eficacia.

Pensar en constituirse en máximo referente provincial de la Red de resolución de Patologías Cardiovasculares Complejas junto con el Hospital El Cruce de Florencio Varela (red cerrada) y el HIGA San Martín de La Plata, implica la necesidad de crecer en la red interna, en capacidad instalada del propio hospital, mejorando su nivel de equipamiento, organización, comprometiendo al recurso humano y aumentando su producción.

b.- La **REORGANIZACIÓN DE SU MODELO DE GESTIÓN INTERNA**, que incluye el modelo de atención, en base a procesos y basada en resultados. La implementación práctica de la gestión por procesos en las distintas áreas del hospital permite una administración más eficiente de los recursos, sean estos humano o tecnológico.

El Hospital debe ser capaz de brindar respuesta inmediata a la problemática diaria de la misma forma que a las de largo plazo avanzando en el sentido de un cambio en la dinámica de gestión de los servicios de apoyo, técnicos y profesionales.

El proceso de cambio de gestión debe incluir la medida de lo que se hace; y su comparación con las metas. Para ello es necesario construir indicadores para poder ponderar la información disponible y analizarla comparativamente, monitoreándola a través de un Tablero de Gestión Integral y Operativo.

c.- El **DESARROLLO DE LA CULTURA Y LA ÉTICA DEL TRABAJO COMPARTIDO** y el compromiso de trabajadores y directivos, asentado en principios de solidaridad, diálogo, mejora continua y consenso.

El hospital debe potenciar instancias de formación de postgrado universitario del hospital, tanto en lo asistencial como en investigación, así como continuar aportando un espacio para las prácticas de profesionales y técnicos de centros externos incluyendo los CAPS municipales del área de influencia.

Al mismo tiempo debe ofrecer oportunidades de capacitación e investigación para todos los trabajadores del hospital, especialmente en los campos cardiovascular y torácico, potenciando la cantidad y calidad de sus investigaciones, así como procurando establecer lazos cooperativos con otros ámbitos de docencia e investigación nacionales y extranjeros.

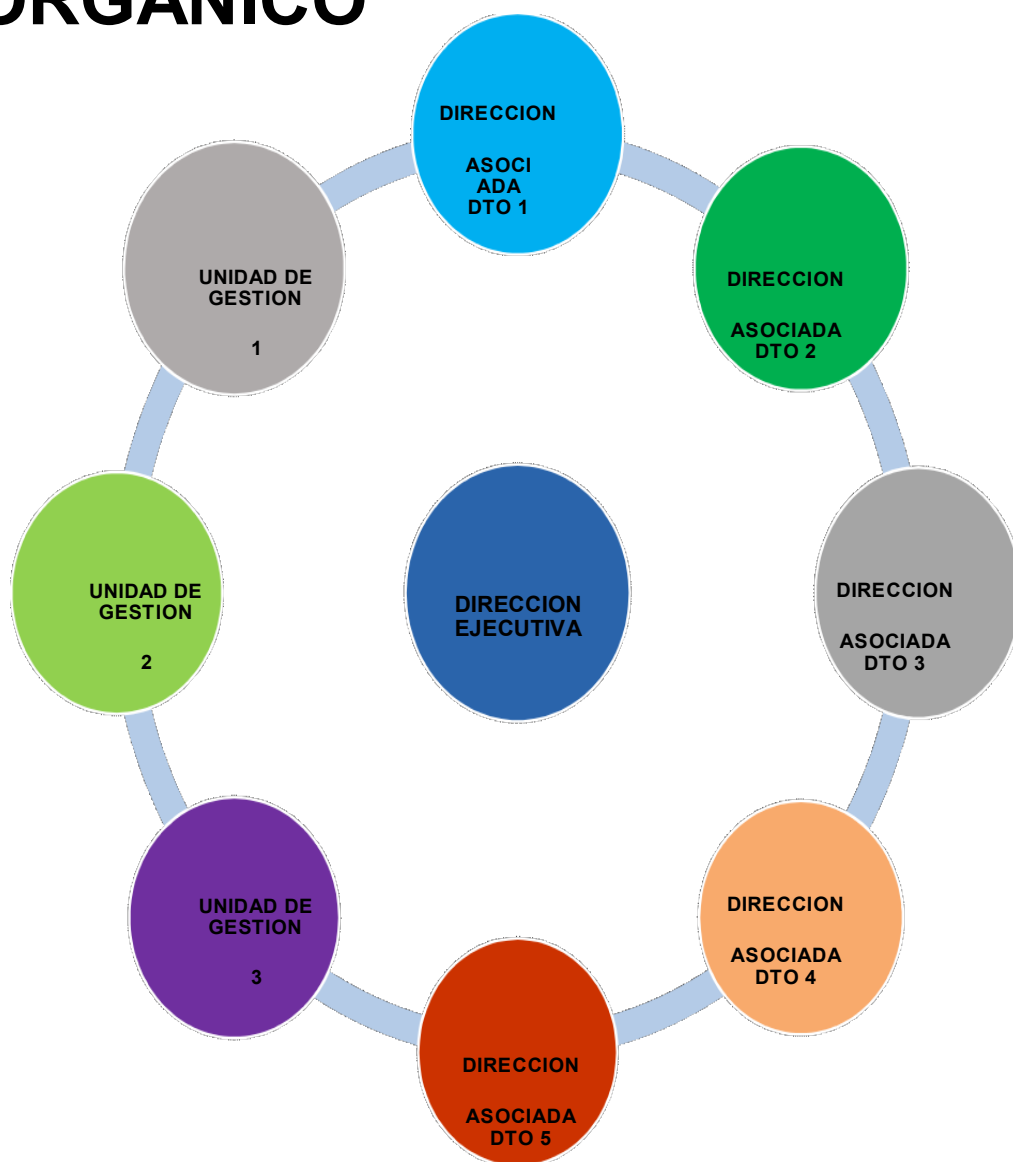
d.- **PROFUNDIZACIÓN DE UNA MIRADA HUMANIZADA DEL CUIDADO DE LA SALUD Y DEL QUE LA CUIDA** al momento del diseño e implementación de los modelos de atención y gestión. Esto implica considerar al paciente como centro del sistema organizacional con derechos a respetar y obligaciones a cumplir y al trabajador como el protagonista principal del sistema sanitario.

En tal sentido el área de gestión de Pacientes deberá constituirse como centro neurálgico de relación entre la organización, el paciente y su familia.

La empatía del equipo de salud y la atenta mirada de la organización hacia las necesidades, percepciones y opiniones de los pacientes harán del Hospital un lugar de calidad y calidez. Les permitirán a los mismos en ese momento de estancia hospitalaria tan particular y especial de sus vidas, sentirse seguros y con la garantía de una atención humanizada.

Organigrama

MODELO ORGANICO



- Centralización de las decisiones (mesogestión)
- Descentralización de las decisiones (microgestión)
- Equidad y justicia.

Modelo circular apunta a la Integración y coordinación en un marco de equipos de trabajo multi__funcional respetando: división del trabajo, comunicación efectiva, diversidad e integralidad.

Proyectos e Intervenciones 2016 - 2017

Reordenamiento Administrativo

Adecuación de recursos

(Humanos, Equipamiento, insumos, etc.)

Gestión Centralizada de Pacientes

Internados Rediseño de Gestión

Ambulatoria

**UNIDAD DE
GESTION 1**

**UNIDAD DE
GESTION DEL
CONOCIMIEN
TO**

- Unidad de
Investigación y

Docencia

(Capacitación)

- Epidemiología

- Cardioasistencia

- Comité de Bioética

- Comité de

Investigación

Clínica

- Comité de Tumores

- Comité de Infecciones

- Comité de farmacia

- Unidad Docente Central de RCP

**UNIDAD DE
GESTION 2**

**UNIDAD DE
GESTION 3**

UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD

Planificación Estratégica CONTROL
DE GESTION

- Red externa CardioBaires
- Comité de Historias Clínicas
- Comité de Salud y
Seguridad en el
Trabajo
- Comité de Calidad
- TICs: Información y
Comunicación
- Arquitectura e Ingeniería

UNIDAD DE GESTION DE PERSONAS

- Administración de Personas
- Area Estratégica de RRHH
- Unidad de Asuntos Legales
- Comité de Mortalidad
Hospitalaria
(Multidisciplinario)
- Juntas de Discapacidad

2.4 Planificación del Área de Comunicación H.I.E.A. y C. San Juan de Dios. 2017.

Área: COMUNICACIÓN

PRIMERA ETAPA: Identificación - Diagnóstico de Situación del Área (Necesidades o Problemas)

I.A) Estructura o Recursos disponibles

I.A.1) Edilicios: • Espacio físico pensado originalmente para la administración (para una sola persona)
• Iluminación: se intentó reemplazar el tubo fluorescente por un ventilador de techo con luz. Vino fallado de fábrica. Hace aproximadamente un año que se expidió el trámite de reclamo (vía Oficina de Compras). No hay iluminación excepto por una pequeña lámpara de mesa que no forma parte del inventario del hospital. Iluminación natural a través de una ventana. • Calefacción: no posee aire acondicionado. Invierno: panel calefactor nuevo dejó de funcionar y no tiene arreglo. No hay estufa. Ventana y persiana rota. Instalación eléctrica colapsada por lo que no se puede usar calientador. Verano: ventilador de pie en buenas condiciones. Cabe aclarar que la oficina tiene una particularidad: es un final de pasillo cerrado con durlock, por lo que es muy difícil de aclimatar en ambas estaciones.

I.A.2) Equipamiento: • 2 escritorios • 1 mueble archivo. • 3 sillas • 2 computadoras: una con monitor de tubo, otra extremadamente lenta. • Un escáner en desuso por falta de placa en la computadora • Una impresora sin cartuchos de tinta (son extremadamente caros, no rinden y los alternativos no funcionan en este modelo). • Teléfono

I.A.3) Insumos: • Resmas hojas A4 (provisas por pedido a Depósito General) • Artículos de Librería (provisos en su mayoría por pedido a Depósito General) • Laminas para plastificar (solicitadas por pedido a la Oficina de Compras)

I.A.4) Recursos Humanos: • DCV María Laura Zoya – Diseñadora en Comunicación Visual • Lic. Sabrina Corda – Licenciada en Comunicación Social • Lic. Ricardo Sánchez Dillon – Licenciado en RR.PP. Especializado en Gestión en Salud . Necesidad de sumar agentes al area.

I.A.5) Conexión y redes: • Internet vía cable. • En red con la impresora de Secretaría de Dirección (único medio para imprimir / Impresiones B/N) Necesidad de fortalecer sistemas internos

I.B) Procesos de Trabajos

I.B.1) Funciones / Organización / Actividades (Debilidad de las acciones del area) • Departamento referente de las acciones de comunicación institucional interna y externa. • Cuidado de la Identidad Corporativa e Imagen Institucional. • Relaciones Institucionales con los Departamentos de Prensa y Comunicación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y la Región Sanitaria XI. • Diseño de piezas gráficas (digitales e impresas) y todo material relacionado a la Comunicación Visual • Solicitud de impresión y envío de originales a Imprenta del Ministerio. Seguimiento de órdenes y gestión de envío del material impreso desde imprenta hasta el hospital. • Cuidado del Ceremonial en Eventos. (*) • Comité organizador de Eventos. (*) (*) No son tareas del área aunque se vienen

haciendo por falta de responsables. Se realizarán en conjunto con Docencia e Investigación e Informática.

I.B.2) Protocolos

- Protocolo de solicitud de impresos a la Imprenta del Ministerio a) Pedido desde un servicio de impresión de fichas / formularios / certificados, etc en uso y que se van quedando sin stock (pedido informal o presentación de nota, no es importante la manera, sí es importante que esté avalado por el jefe del Servicio en cuestión)

b) Pedido de nuevos impresos para implementar en el servicio (igual procedimiento que el anterior)

c) Armado del original para imprenta de ese pedido (trabajo de diseño)

d) Redacción de un memo con la solicitud (memo de dirección). Impresión de original y copia con los modelos adjuntos. Se hacen firmar por algún director, se envían a Imprenta por cadete. Vuelve la copia recepcionada.

e) Envío a la imprenta por mail de los originales para impresión (punto 2)

f) Seguimiento del pedido hasta su impresión (aprox 3 meses). Aviso al cadete para que vaya a retirarlos.

NOTA: en la imprenta no reciben pedidos que no respeten este circuito

- Protocolo de Organización de Eventos Consideramos que es un protocolo necesario y nunca pudimos implementarlo. Una idea de protocolo, que tal vez pueda ponerse en marcha al empezar a articular con Docencia e Informática, es la siguiente:

El servicio o el organizador del evento debería comunicar a Docencia su proyecto, solicitando el aula correspondiente para su realización. Este pedido se debería realizar con una anticipación mínima de un mes, teniendo definidos los siguientes puntos: a. Tipo de Evento: charla, jornada, capacitación, conferencia, curso, etc b. Título c. Cronograma definido / Participantes: disertantes, invitados, etc d. Organizadores, auspicios, avales, etc e. Destinatarios f. Necesidad de difusión, diseño, etc g. Especificar si se entregarán certificados h. Especificar si se necesitará café, lunch, break, etc i. Especificar si se necesitará sonido, conexión de proyector, etc Docencia debería informar a Dirección y a cada responsable de los ítems anteriores (no están definidos, tenemos la esperanza de que se definan cuando docencia tenga secretario)

SEGUNDA ETAPA: Objetivos

II.A) Objetivos Generales: • Fijar y generar metodologías de comunicación (internas y externas) eficientes; adoptando las soluciones logradas desde la propia organización por convencimiento propio sobre la necesidad y la bondad de tales métodos para mejorar los procesos y resultados de forma continua.

II.B) Objetivos específicos

- Identificar y definir las principales problemáticas y necesidades comunicacionales que afectan al Hospital para alcanzar sus propósitos fundamentales, analizar las causas que las provocan, desarrollar los objetivos emanados de la misión y proyectar acciones para su perfeccionamiento y que éstas se implementen.

- Fortalecimiento de las intervenciones de:

La Comunicación Externa: Comunicación con departamentos de Prensa y Comunicación del Ministerio de Salud y con departamentos de Comunicación de la Región Sanitaria XI.

La Comunicación Interna: • Comunicación entre todos los servicios, teniendo al área como punto de referencia.

Ceremonial: • Diseño y difusión de Eventos o Campañas • Organización de Evento Aniversario del Hospital.

La Imagen Institucional: • Unificación del diseño de impresos utilizados por todos los servicios y de la forma en que se entregan los resultados de certificados, estudios, etc, a los usuarios.

TERCERA ETAPA: Líneas de Acción.

III.A) Comunicación Externa Intensificar y mejorar las comunicaciones con los departamentos de Prensa y Comunicación del Ministerio de Salud y la Región Sanitaria XI, coordinando reuniones periódicas con los referentes de cada área, elaborando informes, reportes o gacetillas para que dicho ente tenga la información fehaciente de los acontecimientos que ocurren en Hospital; y que estos hechos, sucesos o eventos puedan nutrir de novedades a nuestra entidad regulatoria (MS) y a través de ella poder publicarse y transgredir en muchos casos las barreras burocráticas de los medios masivos de comunicación, teniendo la posibilidad de exteriorizar a la comunidad noticias positivas a fin de reposicionar la imagen institucional del Hospital.

III.B) Comunicación Interna: Organizar y coordinar reuniones con los responsables de cada Servicio o Área, a fin de reforzar la importancia de contar con un área de comunicación, detallando las tareas que realizamos y la necesidad de interactuar con los servicios, concientizar las formas de la nueva gestión, intercambiar y nutrirnos de ideas o propuestas, conocer las necesidades de cada área o servicio y poder transmitir las necesidades del área de comunicación con el objeto de organizar con eficiencia y eficacia campañas de prevención, la publicación cierta y efectiva de las efemérides que se publican en la "fan page" del Hospital, calendario de eventos, boletines informativos, notas para publicar o informar al MS, actualización de datos sobre quienes integran los diferentes servicios o áreas y demás temas de interés.

III.C) Ceremonial: Diseñar, difundir e invitar eventos que sean solicitados desde algún servicio en particular. Organizar y coordinar el evento del aniversario del Hospital, en conjunto con el área de Docencia e Informática. Diagramación del mismo. Presentación de propuestas de presentes para Médicos Consultores y Jubilados. Diseño y confección de diplomas.

IV.D) Imagen Institucional: Relevar todos los impresos usados en el Hospital. Rediseñar unificando identidad.

(acá se necesita alguien que vaya servicio por servicio juntando impresos)

CUARTA ETAPA: Metas.

IV.A) Comunicación Externa:

- Mayo y Junio 2016 - Presentación con los responsables de las Áreas de Comunicación y Prensa del MS y la Región Sanitaria XI. Intercambio de información sobre las formas a comunicar; datos de los integrantes para contacto; necesidades y contenidos a comunicar por parte del Hospital; herramientas de comunicación avaladas por el MS; relación del Hospital con los Medios Masivos de Comunicación; implementación del manual de identidad corporativa del MS, sus usos y la relación con la identidad corporativa del Hospital.
- Julio a Diciembre 2016: coordinar reuniones o visitas bimestrales a los departamentos de Comunicación del MS y Región Sanitaria XI para mantener los lazos fuertes, intercambiar ideas y proyectos y estar actualizados de las novedades en el sector.
- Agosto 2016: programar, coordinar y diseñar una revista / boletín con información de los servicios troncales del Hospital (no más de 6 servicios) en un lenguaje básico y entendible para la comunidad, para que sea impreso por el MS a fin de publicar y reposicionar la imagen del hospital difundiendo sus valores y actividades. La idea es que este boletín pueda ser difundido en todos los centros de salud para la comunidad.
- Enero 2017 - Inicio de planificación: página web propia del Hospital

IV.B) Comunicación Interna:

- Junio a Agosto 2016: Reuniones con los responsables de los Servicios y Áreas del Hospital.
- Septiembre 2016 - Calendario Mensual de Eventos, Conferencias, Ateneos o Campañas organizadas en el Hospital o que lo representen.
- Enero 2017 - APP MÓVIL para comunicación interna del Hospital.
- Marzo 2017 - Boletín Trimestral informativo de los servicios y áreas del Hospital.

IV.C) Ceremonial:

- Noviembre 2016: Evento Aniversario Hospital.

QUINTA ETAPA: Cronograma

- (ver CUARTA ETAPA: Meta)

SEXTA ETAPA: Recursos necesarios.

VI.A) Edilicios:

- Aire acondicionado Frío/calor.
- Reparación de la ventana: sellado, colocación de persiana
- Colocación de luz o ventilador de techo con luz en caso de no poder contar con el AA
- Instalación de estufa en caso de no poder contar con el AA

VI.B) Insumos y VI.C) Equipamiento:

- Computadoras: 2 computadoras actualizadas, una preparada para trabajar en gráfica, para reemplazar a las actuales.
- Impresora: impresora color con depósito de tinta integrado (no cartuchos)
- Escaner: puede estar integrado a la impresora
- Guillotina: para recortar impresos y hacer volantes cuando se imprime en el hospital
- Plastificadora: para cartelería provisoria (actualmente nos la presta el área de RRHH)
- Cámara de fotos: para los eventos que se realizan en el aula; para ilustrar las notas enviadas a ministerio; antes y después de obras, etc

VI.D) Sistemas:

- Sistema de comunicación interna: sería interesante ver la posibilidad de desarrollar un sistema de comunicación interna en red con todas las computadoras del hospital, con acceso vía usuario/clave, para poder intercambiar información y comunicaciones de manera más fehaciente que el mail o teléfono.

VI.E) Trabajadores:

- Se lograría una gran mejora en la comunicación contando con una persona que pueda recorrer diaria o periódicamente servicio por servicio recolectando información y detectando necesidades de comunicación visual y social.

VI.F) Financieros:

- En ocasiones se necesitan impresiones color, en papeles especiales o banners (principalmente) que se imprimen en alguna gráfica, representando un costo para el hospital dentro de lo que se considera caja chica.

SÉPTIMA ETAPA: Responsables.

- DCV María Laura Zoya – Diseñadora en Comunicación Visual
- Lic. Sabrina Corda – Licenciada en Comunicación Social
- Lic. Ricardo Sánchez Dillon – Licenciado en RR.PP. Especializado en Gestión en Salud

3 Cuadros

3.1 Sistematización Mailing

Fecha	Asunto	Producto	Categoría	Observación
11/07/2016	Charla infectología	Flyer	Invitación	
12/08/2016	Nota agradecimiento	DOC	Retroalimentación	Nota del paciente agradeciendo
22/09/2016	Nota informativa general	Foto	Información	
17/10/2016	Nota informativa circular	Mail	Información/interpelación	RRHH
19/10/2016	Aniversario	Flyer	Invitación	
20/11/2016	Charla Violencia de género	Flyer	Invitación	
13/12/2016	Charla Diabetes en las fiestas	Flyer	Invitación	
16/12/2016	Invitación despedida de año	Mail	Invitación	
22/12/2016	Nota informativa circular	Mail	Información	Asuetos
22/12/2016	Nota informativa circular	Flyer	Información	"El 4to piso saluda.."
27/12/2016	Invitación presentación plan	Mail	Invitación	Se presenta el Plan Director
28/12/2016	Nota informativa circular	Mail	Información	Asuetos
30/12/2016	Nota informativa circular	PDF	Información	Envían Plan Director
06/01/2017	Nota informativa circular	Mail	Información	Informan que reenviarán el Plan Director
23/01/2017	Nota informativa circular	Mail	Información/interpelación	RRHH
09/02/2017	Nota informativa circular	PDF	Información	Nuevo régimen de asistencia
11/02/2017	Nota informativa circular	Mail	Información/interpelación	Nota agradecimiento por problemas de higiene
13/02/2017	Nota informativa circular	Mail	Información/interpelación	
20/02/2017	Nota informativa circular	DOC	Información/interpelación	Concurso Tec. Enfermería - CONFUSO -
02/03/2017	Nota informativa circular	Mail	Información	Nuevo régimen de accesos
07/03/2017	Nota informativa circular	Flyer	Información/interpelación	Día del trabajador hospitalario

09/03/2017	Invitación capacitación	Mail	Invitación	
15/03/2017	Invitación capacitación	DOC	Invitación	
20/03/2017	Invitación capacitación	DOC	Invitación	Refuerzo del anterior
21/03/2017	Nota informativa circular	Flyer	Información/interpelación	Vacunación personal - CONFUSO -
22/03/2017	Nota informativa circular	Flyer	Información/interpelación	Vacunación personal refuerzo - CONFUSO -
10/04/2017	Nota informativa circular	Mail	Información	
11/04/2017	Nota informativa circular	Mail	Información	
21/04/2017	Nota informativa circular	Mail	Información	
24/04/2017	Nota informativa circular	Flyer	Información	Presentación PCI artistas locales
26/04/2017	Invitación capacitación	Mail	Invitación	
29/04/2017	Nota informativa circular	Poema	Información/interpelación	Día del trabajador
02/05/2017	Nota informativa circular	Audiovisual	Información/interpelación	Intervención mosaiquismo
04/05/2017	Invitación capacitación	DOC	Invitación	
04/05/2017	Nota informativa circular	Mail	Información	
05/05/2017	Invitación capacitación	Mail	Invitación	Fe de erratas
10/05/2017	Nota informativa circular	Flyer	Información/interpelación	Crecenciales IOMA
16/05/2017	Invitación capacitación	Flyer	Invitación	
17/05/2017	Nota informativa circular	PDF	Información/interpelación	Reimplementación de la agenda mensual
22/05/2017	Invitación capacitación	Mail	Invitación	Refuerzo
24/05/2017	Invitación capacitación	PDF	Invitación	
27/05/2017	Nota informativa circular	Mail	Información/interpelación	
29/05/2017	Nota informativa circular	PDF	Información/interpelación	Agenda
06/06/2017	Nota informativa circular	Flyer	Información/interpelación	
08/06/2017	Nota informativa circular	Flyer	Información	

09/06/2017	Invitación capacitación	Mail	Invitación	
29/06/2017	Nota informativa circular	PDF	Información/interpelación	Agenda
29/06/2017	Nota informativa circular	Mail	Información	
04/07/2017	Nota informativa circular	Mail	Información/interpelación	Carnets de entrada
05/07/2017	Invitación capacitación	Mail	Invitación	
10/07/2017	Nota informativa circular	PDF	Información/interpelación	Fe de erratas nota en diario EL DÍA
12/07/2017	Invitación capacitación	Mail	Invitación	
27/07/2017	Nota informativa circular	Mail	Información	
28/07/2017	Nota informativa circular	PDF	Información/interpelación	Agenda
01/08/2017	Nota informativa circular	PDF	Información/interpelación	Agenda Fe de erratas
03/08/2017	Nota informativa circular	PDF	Información/interpelación	Encuesta
15/08/2017	Nota informativa circular	DOC	Información	
17/08/2017	Nota informativa circular	Fotos	Información	Fotos de obras
22/08/2017	Invitación capacitación	Mail	Invitación	
25/08/2017	Nota informativa circular	Audiovisual	Información	Nota periodística
29/08/2017	Nota informativa circular	PDF	Información/interpelación	Agenda
30/08/2017	Nota informativa circular	PDF	Información/interpelación	Agenda Fe de erratas
31/08/2017	Invitación capacitación	Mail	Invitación	
31/08/2017	Nota informativa circular	Audiovisual	Información	Nota periodística
04/09/2017	Invitación capacitación	Mail	Invitación	
06/09/2017	Nota informativa circular	Fotos	Información	Comunicado de prensa
07/09/2017	Nota informativa circular	Audiovisual	Información	Nota periodística
14/09/2017	Nota informativa circular	Audiovisual	Información	Nota periodística
14/09/2017	Nota informativa circular	Flyer	Información	

15/09/2017	Nota informativa circular	Mail	Información/interpelación	Carnets de entrada
22/09/2017	Nota informativa circular	Mail	Información/interpelación	Carnets de entrada
28/09/2017	Nota informativa circular	PDF	Información/interpelación	Agenda
02/10/2017	Nota informativa circular	Mail	Información	
04/10/2017	Nota informativa circular	Mail	Información/interpelación	Carnets de entrada
04/10/2017	Nota informativa circular	Mail	Información/interpelación	Inauguración
10/10/2017	Nota informativa circular	PDF	Información/interpelación	Inauguración
19/10/2017	Invitación capacitación	Mail	Invitación	
20/10/2017	Charla Dr Tealdi	Flyer	Invitación	
24/10/2017	Nota informativa circular	Mail	Información/interpelación	Presentación nueva Página Web
30/10/2017	Nota informativa circular	PDF	Información/interpelación	
01/11/2017	Nota informativa circular	PDF	Información/interpelación	Agenda
06/11/2017	Invitación a feria	Flyer	Invitación	
08/11/2017	Aniversario	Flyer	Invitación	
09/11/2017	Charla Adicciones	Mail	Invitación	
10/11/2017	Nota informativa circular	Mail	Información	Logros servicio Cardiología
15/11/2017	Aniversario	Flyer	Invitación	
22/11/2017	Nota informativa circular	Mail	Información	Ingreso personal de limpieza
22/11/2017	Nota informativa circular	DOC	Información/interpelación	Inscripción jardín maternal
30/11/2017	Nota informativa circular	PDF	Información/interpelación	Agenda
06/12/2017	Nota informativa circular	Audiovisual	Información	Entrevista Corsiglia
13/12/2017	Nota informativa circular	Fotos	Información	Nota en página del Ministerio
14/12/2017	Nota informativa general	Flyer	Información	
20/12/2017	Nota Informativa circular	DOC	Información	Reglas de conducta

21/12/2017	Nota informativa circular	Flyer	Información	Feliz año
22/12/2017	Nota informativa circular	Mail	Información	Asuetos

3.2 El Hospital en los medios (Diario El día)

Sección	Fecha	Temática	Actores
La Ciudad	01/02/2015	Queja de pacientes	Hospital
Policiales	07/02/2015	Robo	Hospital
La Ciudad	04/03/2015	Jornada académica	Hospital
La Ciudad	03/07/2015	Brote de triquinosos	Hospital
La Ciudad	03/11/2015	Movilización de trabajadores	Trabajadores
La Ciudad	25/11/2015	Nuevo equipamiento	Hospital
La Ciudad	12/01/2016	Queja de pacientes	Hospital
Policiales	27/03/2016	Investigan muerte dudosa	Hospital
Policiales	07/04/2016	Incidentes	Hospital
La Ciudad	05/05/2016	Cambio de autoridades	Directivos
Sociales	14/05/2016	Cambio de autoridades	Directivos
Información general	30/05/2016	Gripe A	Hospital
Información general	31/05/2016	Gripe A	Hospital
Información general	04/06/2016	Gripe A	Hospital
Información general	22/06/2016	Gripe A	Hospital
Información general	15/11/2016	Técnica novedosa	Hospital
La Ciudad	17/11/2016	Aniversario Hospital	Hospital
La Ciudad	29/04/2017	Convocatoria PCI	Hospital
La Ciudad	02/05/2017	Mosaiquismo	Hospital
Información general	17/05/2017	Técnica novedosa	Cirugía Cardiovascular
Información general	07/09/2017	Inauguración Hospice	Hospice
Información general	16/10/2017	Técnica novedosa	Hospital
Información general	22/10/2017	Información sobre patologías	Andrés Echazarreta
La Ciudad	24/10/2017	Inauguración Sala de Cuidados mínimos y crónicos	Sala de Cuidados Mínimos y Crónicos
La Ciudad	25/10/2017	Inauguración Sala de Cuidados mínimos y crónicos	Sala de Cuidados Mínimos y Crónicos

La Ciudad	17/11/2017	Aniversario Hospital	Hospital
La Ciudad	18/11/2017	Aniversario Hospital	Hospital
La Ciudad	15/12/2017	Aniversario Cardiología	Servicio Cardiología

3.3 Sistematización Libro de Quejas

Fecha	Tipo de Reclamo	Dirigida a:
16/02/2017	Mal manejo de medicación	Personal de enfermería
27/03/2017	Malos tratos por parte de enfermeras	Personal de enfermería
24/04/2017	Falta de insumos y mala atención percibida	Odontología
19/05/2017	Asignación de turnos (telefónicos y en persona)	Area de Turnos
19/05/2017	Mala atención percibida	Guardia
18/07/2017	Queja por pacientes penitenciarios	Dirección
19/07/2017	Perdida de información/resultados de análisis	Virología
20/09/2017	"Maltrato y desinterés"	Nutrición
21/09/2017	Mala atención percibida	Hematología
03/09/2017	Mala atención percibida	PROFE
04/10/2017	Mala atención percibida	PROFE
14/11/2017	Horario de turnos limitado	Area de Turnos
16/11/2017	Higiene en baños públicos	Dirección
21/11/2017	Falta de personal en ventanilla	Cardiología
21/11/2017	Demasiado tiempo de espera	Area de Turnos
28/11/2017	Turno mal asignado	Turnos/Kinesiología
29/11/2017	Falta de personal en el área	Vacunación
04/12/2017	Huelga y equipos rotos. No fue comunicado	Cardiología
16/12/2017	Mala atención percibida	Cirugía de Tórax

21/12/2017	Mordida de perro dentro del hospital	Dirección
------------	--------------------------------------	-----------

4. Observación Participante

4.1 28 de Diciembre de 2016

El día 28 de Diciembre de 2016, se realizó una reunión para todo el personal del hospital (menor jefes de servicio), con el fin de presentar el "Plan Director 2017".

Lugar: Aula Magna del H.I.E.A. y C. "San Juan de Dios"

Horario: 10:00 hs.

Planilla de observación			
Actores	Espacios de comunicación	Modos de uso	Modos de relacionarse
Director Daniel Corsiglia	Aula Magna	Figura central de la reunión. Expositor	Desarrolla el "Plan Director 2017" y sortea de manera políticamente correcta todas las preguntas que le formulan los participantes más reaccionarios.
Directora Cristina Roth	Aula Magna	Apoyo y refuerzo al expositor.	Realiza una observación en apoyo al Director Ejecutivo, único exponente.
Asistentes Sociales	Aula Magna	Aporte a la idea del "Plan director 2017"	Realizan un aporte sobre temas no desarrollados durante la exposición
Personal administrativo	Aula Magna	Crítica a las decisiones tomadas por la dirección durante 2016	Realizan una crítica sobre decisiones tomadas
Referentes Sindicales	Aula Magna	Apoyo soslayado. Silencios.	Participan pero no emiten opinión, ni comentarios.

4.2 4 de Enero de 2016

Miércoles 04/01/2016: Se realizó la presentación oficial a la Dirección del Tablero de Mando Operativo (TMO). Esta herramienta es clave en el manejo de la información del Hospital, así como también es una vía de acceso a las altas esferas del mismo. Se utilizará su desarrollo como vector y antecedente para el desarrollo del trabajo de Auditoría de Comunicación.

Planilla de observación			
Actores	Espacios de comunicación	Modos de uso	Modos de relacionarse
Director Daniel Corsiglia	Oficina de Dirección	Destinatario	Principal destinatario del proyecto. Se mostró satisfecho con los resultados obtenidos y dio el aval para la continuación y profundización del proyecto. Su discurso es políticamente correcto y condescendiente con sus asesores (de los cuales se vale y demuestra confiar)
Directora Cristina Roth	Oficina de Dirección	Destinataria	Interesada en el proyecto. Voluntariosa y con ganas de participar en el mismo. Es un actor clave para el acercamiento a la Alta gestión por su proactividad
Director Hernán Berón	Oficina de Dirección	Destinatario	Actor que manifiesta cierto rechazo al TMO. A convencer.
Director Rodolfo Martínez	Oficina de Dirección	Destinatario	Se mostró satisfecho y voluntarioso. Actor clave para obtener llegada a los distintos servicios médicos
Asesor Martín Montalvo	Oficina de Dirección	Expositor/Presentador	Centro de la exposición. Monopolizó la palabra durante la exposición.
Lic. Ricardo Sánchez Dilon (Encargado del Área de Comunicación)	Oficina de Dirección	Destinatario/Futuro Usuario del TMO	Su rol fue secundario. Se lo consultó sobre decisiones comunicacionales y se mostró endeble. Sin embargo es un actor esencial para lograr coordinar medidas de trabajo sobre los procesos comunicacionales que se llevan a cabo en el hospital
Vilma Rivarola (Encargada Área de RRHH)	Oficina de Dirección	Destinatario/Futura Usuaria del TMO	Oyente y futura usuaria
Tec. Silvana Arabel (Encargada Departamento de Sistemas de Información)	Oficina de Dirección	Encargada del desarrollo del Tablero de Mando Operativo	Actor clave a lo largo de todo el proceso de gestión del TMO
Leandro Lozano	Oficina de Dirección	Desarrollador del TMO. Planificador Comunicacional	Durante la reunión utilice el tablero para mostrar las distintas variables que desarrolla. Se realizó por ende, una observación participante de las dinámicas de comunicación presentes en la reunión.

