

REORGANIZAR LOS HOSPITALES

Carlos PADULA

I. INTRODUCCIÓN

Lo que permite caracterizar al hospital como un sistema especial de atención dentro del sistema sanitario es la producción «a escala industrial» de actos asistenciales individuales, *siempre irrepetibles entre sí*, que se efectúan, en general, dentro de una misma unidad física, y son altamente dependientes de un complicado soporte logístico.

Por eso, es la *organización* la que marca la diferencia entre esta forma de producción de servicios sanitarios y la actividad «artesanal» de asistencia, representada por el prototipo de la práctica liberal del médico en su consulta privada.

Si la condición de irrepetible es la señal distintiva del acto asistencial, se explica la gran dificultad que supone organizar una secuencia «industrial» de actos artesanales por la probabilidad de innumerables combinaciones de elementos que pueden intervenir en cada proceso.

II. LAS ORGANIZACIONES

El concepto de organización tiene sentidos diferentes en cada momento de la evolución social. Diferentes tipos de organización determinarán resultados también diferentes, según la concepción, la estructura, el diseño de ejecución de procesos, y sobre todo según la cultura organizacional.

Desde hace relativamente poco tiempo, las ciencias de la empresa han incorporado como objeto de estudio las múltiples relaciones dinámicas entre fines,

estructuras y cultura en las organizaciones.

Se podrían encontrar fuertes relaciones entre los problemas que identificamos hoy en los hospitales y su concepción organizativa. Las diferencias en la oferta de soluciones a la demanda responden a organizaciones también diferentes. En el sistema hospital, las entradas son procesadas según el perfil adquirido por la organización a lo largo de su evolución histórica.

En el equilibrio interno del hospital actual, las dimensiones «nuevas» de paciente y entorno generan *inputs* que la cultura de la organización no está preparada para procesar, porque sus líneas de influencia están orientadas de forma cientificista a resolver problemas «médicos». Sus normas internas y los intereses de sus grupos profesionales operan en esa dirección.

1. Entorno y organización

La dinámica de las empresas está hoy fuertemente ligada a las coordenadas actuales de desarrollo tecnológico, pautas de consumo y restricciones de gasto público. Que las organizaciones sanitarias no son una excepción lo demuestran hechos como la flexibilización de recursos asistenciales, el aumento de litigios de responsabilidad civil o la reconversión de dispositivos asistenciales seculares, evidenciando que los cambios vienen ya produciéndose, empujados por la evolución permanente del entorno científico y, sobre todo, socioeconómico.

Los procesos de provisión de servicios asistenciales evolucio-

nan a un ritmo tan veloz como el de las tecnologías que utilizan. La empresa sanitaria, de por sí compleja de gestionar, requerirá reformas urgentes para potenciar sus activos estratégicos. Dos motivos son los determinantes de la urgencia: el alto grado de profesionalización de sus planteles de personal, y el amplio (y poco controlable) abanico de decisiones generadoras de gasto que supone su práctica. Las estrategias deberían enmarcarse en la percepción amplia de las nuevas necesidades del entorno.

2. Cultura y organización

Los objetivos de un hospital se podrían sintetizar apretadamente en conseguir *efectividad, eficiencia y calidad percibida*. Sólo se pueden alcanzar si se cuenta: a) con un consenso amplio con los colectivos profesionales para reformar estilos de práctica, es decir, conseguir auténticos cambios en la *microgestión*, y b) con una estrategia y una estructura que respondan con aceptable rapidez a los cambios de la prestación; importa menos la titularidad del proveedor de servicios que su capacidad de adaptación al cambio en el terreno de la *mesogestión*.

Si existe la voluntad de cambio, el límite a su realización es la barrera ideológica y corporativa que aún existe entre la micro y la mesogestión. De la eficacia con que se pueda atravesar esta barrera depende la evolución cultural capaz de producir impactos de mejora.

3. Costes y organización

Nadie con sentido común cuestiona hoy la falta de relación entre la velocidad de crecimiento del gasto sanitario y el mejora-

miento de los indicadores de salud de la población.

En su *guía de navegación para ordenar el debate sanitario*, respecto de lo que se debe reformar, Lopez i Casanovas afirma con razón que, en el actual *statu quo*, ni la elección de un determinado paradigma ni sólo el aumento del caudal financiero resuelven el problema de viabilidad de los sistemas sanitarios públicos. Seguidamente, informa de que tampoco está comprobado que la sola introducción de eficiencia en la gestión de la provisión, sea capaz de ofrecer soluciones totales.

Pero, así como la primera afirmación no impide a los interlocutores del sector proponer nuevas políticas, ni reclamar dentro de las reglas del juego democrático una redistribución de renta a favor del bien gestionado, la segunda no debería justificar la inacción en el terreno de la reforma de gestión de la provisión para mejorar la eficiencia en el uso de los recursos. Algunas evidencias de la provisión en Cataluña demuestran, de manera clara, que procesos asistenciales equiparables son «adquiridos» por el comprador a distintos proveedores a «precios» cuya diferencia no es explicable sino por *diferencias en la eficiencia operativa o de producción*.

4. Ética y organización

Los términos «medicina» y «gestión» han vivido desde hace tiempo caminos divergentes y, a veces, conflictivos. Desde siempre se ha asumido, por parte de los profesionales de la salud, que las decisiones clínicas están determinadas por el principio de beneficencia (lo mejor para el paciente), con una percepción menos clara de la necesidad de integrar otros principios, como el

de autonomía y el de justicia. En los últimos años, la toma de conciencia del principio de autonomía (la capacidad de elección del paciente) y la universalización de la asistencia a la salud, como modelo social de aplicación de la justicia distributiva, han hecho emerger el debate sobre si la decisión clínica se debe basar únicamente en «la evidencia científica», al margen de otras cuestiones, o si, de hecho, todo acto de decisión humana lleva implícitos ineludiblemente otros valores a considerar (gráfico 1).

Si incorpora la autonomía del paciente, el acto médico ya no es solamente un acto profesional. La decisión clínica se traduce en un acuerdo médico-paciente. Pero en un entorno de cobertura universal y pública de atención sanitaria, como el nuestro, este contrato es más complejo aún: la atención a los problemas de salud, en función de asegurar la equidad prestacional básica a todos, obliga a la introducción del otro principio: el de justicia.

En la actualidad, en España, *el ritmo de crecimiento* del gasto sanitario comienza a ser cuestionado, circunstancia que obligará

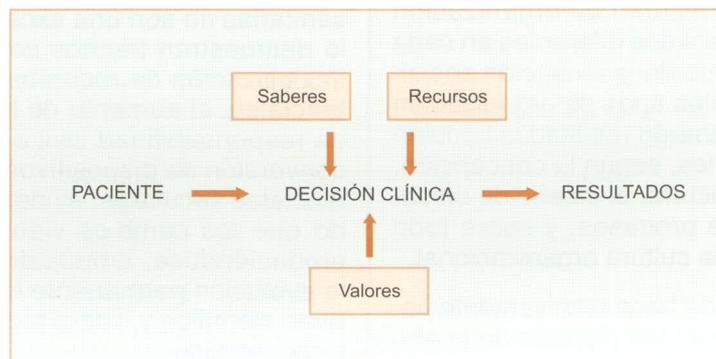
a establecer prioridades entre las prestaciones para asegurar la universalidad del sistema y su supervivencia (racionalización).

La variabilidad de los «estilos de práctica» viene a corroborar la impresión previa de que el incremento del gasto sanitario es más la expresión de un aumento en el consumo de componentes asistenciales intermedios (de efectividad variable) que de un incremento proporcional en la mejora del nivel de salud de la comunidad.

Precisamente, porque algunos grupos, dentro del ámbito sanitario, etiquetan de «economistas» a todas las posiciones que defienden la necesidad de limitar la velocidad de crecimiento del gasto sanitario, es necesario tomar posición respecto a la implicación ética de ambas posturas. Se ha de internalizar el hecho de que, dados unos recursos, todo lo que se destina a un paciente concreto deja de estar disponible para el conjunto de pacientes potenciales de la comunidad.

Resulta necesario equilibrar las exigencias deontológicas de

GRÁFICO 1



la práctica individual con una postura de ética social que asegure que el acceso de los ciudadanos a los cuidados básicos de salud no es vulnerado por la oportunidad de ciertas decisiones individuales.

5. Reingeniería y organización

En los inicios de la dirección «científica» se definió la organización como la herramienta que, puesta al servicio de la administración (la propiedad), permite a los directivos conseguir los objetivos de producción. Las relaciones se definieron así: la administración determina a la organización, la dirección la utiliza. La administración define objetivos, la dirección se preocupa por conseguirlos. La organización es la máquina de la dirección para conseguir los fines señalados por la administración.

Hoy, esta concepción cultural de la revolución industrial nos parecería maquinalista y arcaica. Las aportaciones del conductualismo ayudaron a entender que las relaciones dinámicas deshacen con frecuencia los planes jerárquicos.

La sofisticación de la oferta y la demanda, y un rápido desarrollo tecnológico, fueron complejizando progresivamente los modelos sociales. En cambio, en políticas organizacionales las modificaciones fueron mínimas hasta comienzos de la década actual, en que comienzan a identificarse con más precisión diferentes tipos de organizaciones según los grados de complejidad de tareas, la relación entre sus componentes, el peso de los distintos colectivos, el efecto del metasistema administrativo, etcétera. El desarrollo del concepto (técnico) de «burocracia» en la

organización explica muchas de las disfunciones que padecemos en la empresa sanitaria.

En el sector salud, pensar en un nuevo paradigma de organización adecuado al entorno de la «sociedad del bienestar» requiere entender las nuevas reglas de juego que se dan entre proveedores de servicios y consumidores o usuarios. La nueva organización debería, además, ser útil a las necesidades de relación interna entre los diferentes niveles del sistema (político, decisorio y operativo) para conseguir resultados aceptables para la mayoría. Y esto en un marco de máximo aprovechamiento de unos recursos financieros públicos con clara tendencia al estancamiento.

De entre las definiciones de organización, preferimos la de J. Mooney por su claridad: «*Organización es la forma que adoptan las asociaciones humanas para el cumplimiento de un propósito compartido*». El enunciado ya acentúa la importancia del propósito compartido como razón de ser de la configuración formal.

Asociar a esta definición el concepto de administración (gobierno) que propone Morris Schaeffer, facilita la relación entre la misión institucional y el rol de los gestores: «*La administración es la solución de los problemas sociales mediante una acción colectiva, cooperativa y racionalizada*».

Para completar el universo de interlocutores del sistema, quedaría por incorporar al sujeto de la acción: el usuario. Las tendencias actuales indican que el eje sobre el que ha de crecer la cultura de la organización es el usuario o cliente, por su situación de destinatario final. Combinar adecuadamente estos enunciados ayudaría a encontrar ejes

para un nuevo diseño de la organización hospitalaria.

La misión de la administración radica en optimizar las soluciones a los problemas, que originan la demanda. La organización se debe comportar como un elemento facilitador para el cumplimiento de esta misión. En este contexto se sitúa la reingeniería de procesos.

III. DESARROLLO ORGANIZATIVO

1. Diagnóstico inicial

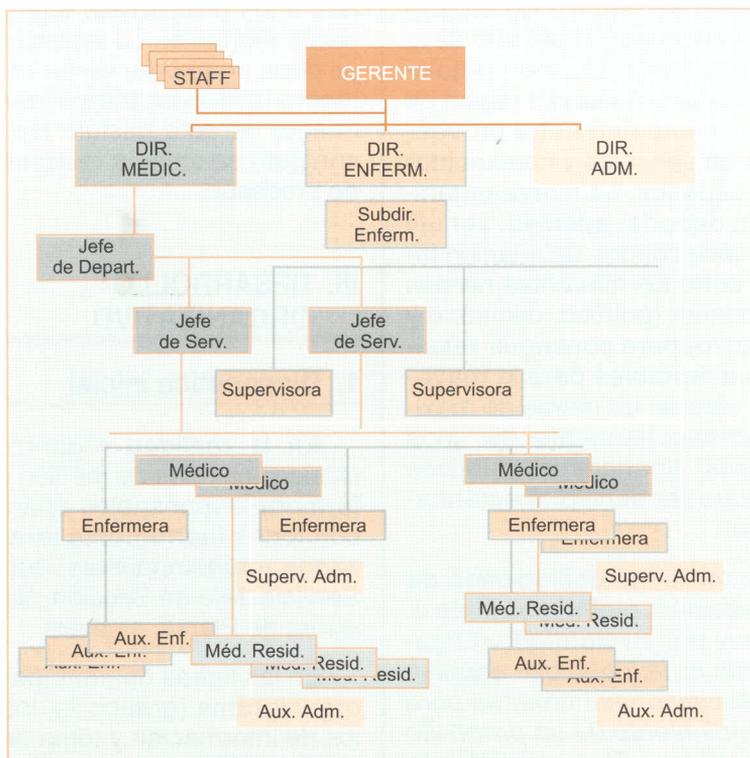
En la realidad organizativa clásica, los roles de médico y enfermera responsables aparecen con tonos fuertemente jerarquizados y funcionalistas: Jefe de Servicio Jefe de Sección, Supervisor de Planta, etcétera.

En las líneas de «mando» del organigrama (gráfico 2), los flujos de información y toma de decisiones circulan verticalmente dentro de colectivos uniprofesionales, mientras las actividades diagnósticas y terapéuticas que componen el proceso asistencial, circulan horizontalmente entre distintos grupos profesionales en diversas localizaciones.

En este modelo de conocimiento de la realidad y de toma de decisiones, cuando se compete por inversiones, por personal o por la organización del trabajo, los conflictos profesionales ascienden por la línea jerárquica y las decisiones acaban tomándose en la cúpula directiva, donde confluyen las cadenas de autoridad de las diferentes divisiones.

Las direcciones confrontan su cuota parcial de poder de decisión con resultados casi siempre conocidos de antemano. Pero los problemas de los usuarios y las dificultades de los profesiona-

GRÁFICO 2
ORGANIGRAMA JERÁRQUICO



El estudio de la estructura actual permite identificar *unidades* con marcada similitud de tareas, realizadas de manera sistemática por miembros de diferentes grupos profesionales (gráfico 3).

Las tareas pueden ser vistas como partes del proceso asistencial. La secuencia de componentes, episodios y subprocesos que lo integran tendría una aceptable repetibilidad (aunque ese proceso de ese paciente en su totalidad sea irreplicable, como antes señalamos), y las relaciones del personal integrante de estas unidades con sus pares de otras similares son en general horizontales y muy interactivas.

La *actividad productiva global* en estas unidades operativas (UO) es *siempre* transdisciplinar. Es bastante constante en cuanto a características asistenciales y requerimientos logísticos, con ciertas especificidades según la categoría predominante clínica o quirúrgica

En la segmentación del organigrama jerárquico (como se le denomina en la terminología de las escuelas de gestión), los *jefes* y *supervisores* en general no participan en la ejecución de tareas, aunque sí en su control. Las excepciones se dan con más frecuencia entre los cirujanos y algunos especialistas. Las dificultades que genera la rigidez organizacional se suelen resolver por vía de las «influencias informales», y por las habitualmente buenas relaciones personales entre las bases profesionales de los servicios.

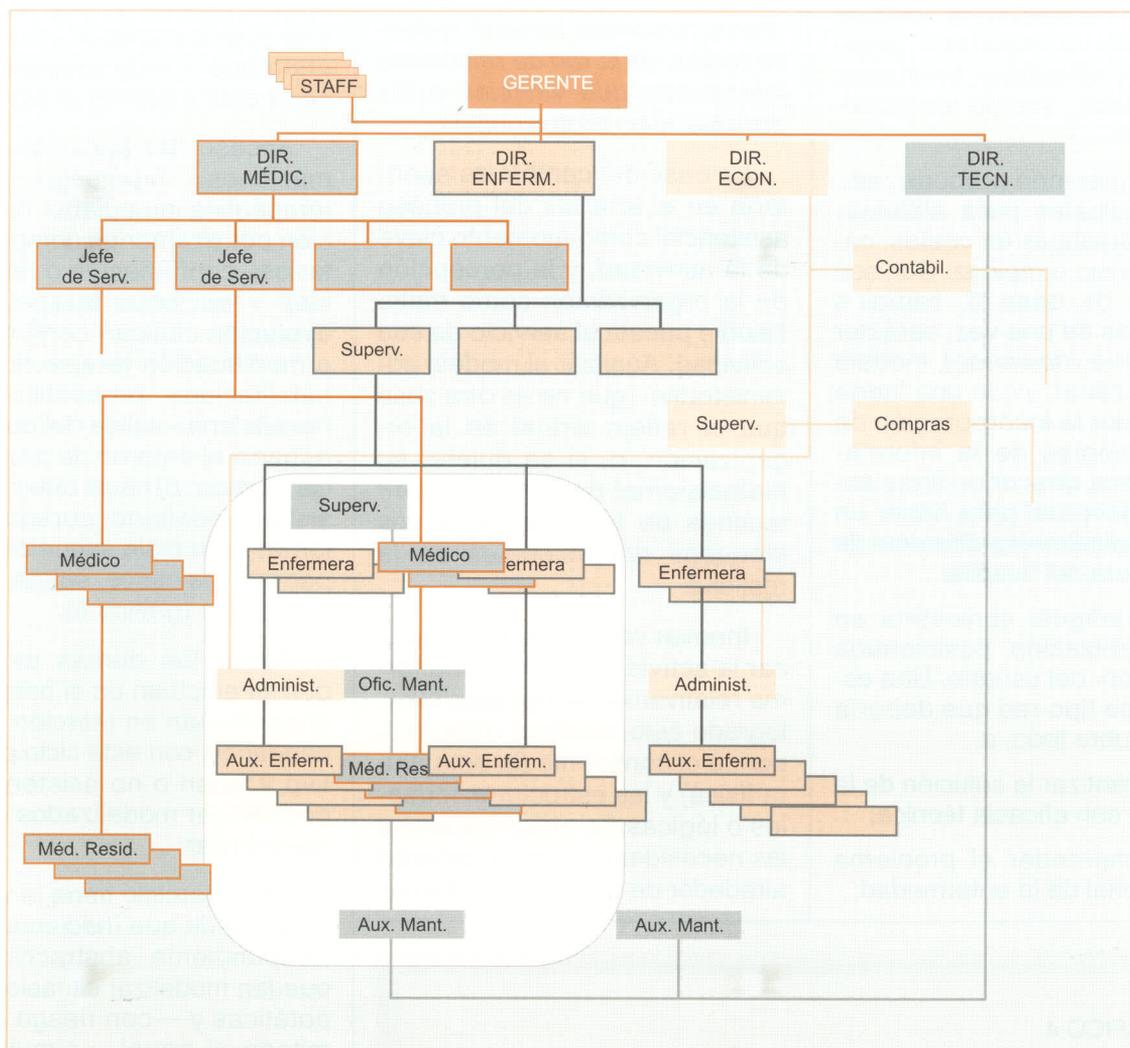
Por eso, la percepción subjetiva del público sobre la efectividad técnica (en lo asistencial) es, en general, satisfactoria; mientras que la incoordinación, las esperas y la logística hotelera suelen dejar percepciones negativas en el grado de confort con el que

les de base suelen ser los grandes ausentes. Para estos interlocutores, las decisiones suelen tomarse con demasiado retardo, y con eficacia más que dudosa. Después, los costes de los procesos reflejarán especularmente la intensidad de los litigios.

Otra consecuencia del modelo jerarquizado es que deja un único camino abierto para progresar en el sistema: el ascenso jerárquico. Éste es un nuevo fallo de racionalidad que coloca a muchos profesionales en situación de aplicar su tiempo a tareas desprovistas del mejor valor agregado que pueden aportar al proceso asistencial: *su pericia profesional*.

El diseño clásico determina que los roles de responsabilidad estén sujetos a una fuerte burocratización en los circuitos de información, discusión y toma de decisiones, con repercusión nula en los resultados finales de los procesos clínicos. Esta forma de operar es de muy baja eficiencia para el sistema en su conjunto, porque no permite permeabilizar transversalmente la sólida verticalidad de las corporaciones profesionales, ni generar un flujo transdisciplinar en los niveles intermedios de la gestión clínica. El modelo en árbol invertido no responde a la exigencia de eficiencia y atención que hoy reclama la sociedad en la actividad sanitaria.

GRÁFICO 3
IDENTIFICACIÓN DE LAS UNIDADES DE OPERACIÓN DEL HOSPITAL



los usuarios han vivido su hospitalización.

Cuando se examina la dinámica (lo que se denomina habitualmente como el «organigrama funcional»), se verifica que las relaciones predominantes en la actividad asistencial son de tipo matricial (por producto), atrave-

sando distintas unidades, mientras que los flujos formales de información y toma de decisiones circulan en sentido vertical, en cauces uniprofesionales.

2. Análisis de alternativas

Si la dinámica de las empresas reconoce la interacción per-

manente entre estrategia, estructura y cultura, cualquier reactivación de la estrategia institucional requiere de reformas profundas en la estructura para poder alcanzar cambios culturales sostenibles (gráfico 4).

En el contexto referido, políticas graduales de mejora —como

los círculos de calidad, la mejora continua, la calidad total, etc.—, habitualmente empleadas para mejorar la percepción subjetiva de los pacientes y sus familiares, chocarían con un continente arcaico que realimenta la «cultura de reinos» o «feudos» preexistente, y dificulta o, en el peor de los casos, impide su implementación.

La reingeniería propone rediseños radicales para alcanzar mejoras drásticas en costes, calidad, servicio o rapidez. Con sus hipótesis de base 0, cambios sustantivos de una vez, carácter participativo (*down/top*), modelo transdisciplinar, y con una fuerte apuesta por la incorporación de las tecnologías de la información, parece ofrecer un firme soporte conceptual para hacer un diseño *radicalmente diferente* de la estructura del hospital.

El paradigma consistiría en una organización posicionada «alrededor» del usuario. Una estructura de tipo red que debería ayudar, sobre todo, a:

- 1) garantizar la solución de la patología con eficacia técnica;
- 2) comprender el problema multifactorial de la enfermedad;

3) maximizar el confort de paciente y familia, y

4) utilizar sólo los recursos necesarios para lograrlo.

Los esfuerzos se deberían orientar entonces hacia el *rediseño radical de la red de relaciones jerárquicas que vinculan a los distintos roles profesionales*.

La base del cambio se asentaría en el análisis del proceso asistencial como momento clave de la actividad, y la percepción de la organización como malla flexible puesta al servicio de esa actividad. Analizar el modelo administrativo (que no es otra cosa que el reflejo virtual de la organización, o, si se quiere, su metasistema) permite descubrir muchas de las causas de los bloqueos operacionales de la realidad.

Innovar consistiría en identificar la actividad axial de una forma relativamente reproducible y, logrado ésto, verificar cómo responde el continente (la estructura física) y las estructuras formales o lógicas (la organización) a las necesidades que se generan alrededor de esta actividad axial.

Para facilitar la presentación, es preferible centrar la mirada en la actividad productiva eje del sistema: *el proceso asistencial*.

Este proceso se inicia ante un episodio agudo de falta de salud, y se podría expresar en un algoritmo que —muy simplificado— sería más o menos el siguiente:

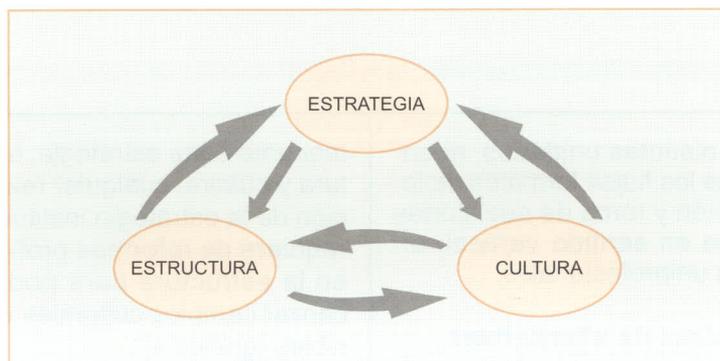
Acceso del paciente> informaciones> hipótesis> acción terapéutica inmediata> (verificación por exámenes complementarios> confirmación o rehipótesis)ⁿ > acciones terapéuticas> evolución clínica> confirmación o modificación terapéutica> rehabilitación> pronóstico> alta hospitalaria> salida del paciente: a) hacia el entorno de procedencia, curado; b) hacia otro nivel del sistema sanitario, curado o mejorado, con o sin secuelas. En el peor de los casos, salida por fallecimiento (gráfico 5).

Todos los demás procesos que se efectúan en el hospital se encontrarían en relación de dependencia con este ciclo productivo y, sean o no asistenciales, podrían ser modelizados de manera similar.

Este ejercicio tiene la ventaja evidente de que (haciendo la correspondiente abstracción) se pueden modelizar situaciones hipotéticas y —con riesgo sólo limitado al papel— simular qué pasaría al modificar variables que, no afectando al resultado técnico, pueden cambiar los resultados intermedios en términos de efectividad, de tiempo o de costes, para mejorar la eficiencia global.

Para identificar los procesos y sus secuencias, se individualizan hasta un grado razonable los componentes, porque cada uno generará una unidad de información que debe ser registrada para evaluar diferencias.

GRÁFICO 4



Haciendo este ejercicio, se descubre, por ejemplo, la escasa participación del usuario en aquellos pasos de su proceso susceptibles de contar con su aprobación en los que la posibilidad de elección pudiera considerarse un beneficio para él.

Estos mismos ejes de análisis servirían de base a la estructura del metasisistema administrativo y de información.

La unidad de organización se puede estructurar en función de

los procesos clínicos, analizados como procesos productivos principales, a cuyo servicio se disponen los restantes procesos productivos auxiliares, logísticos y administrativos.

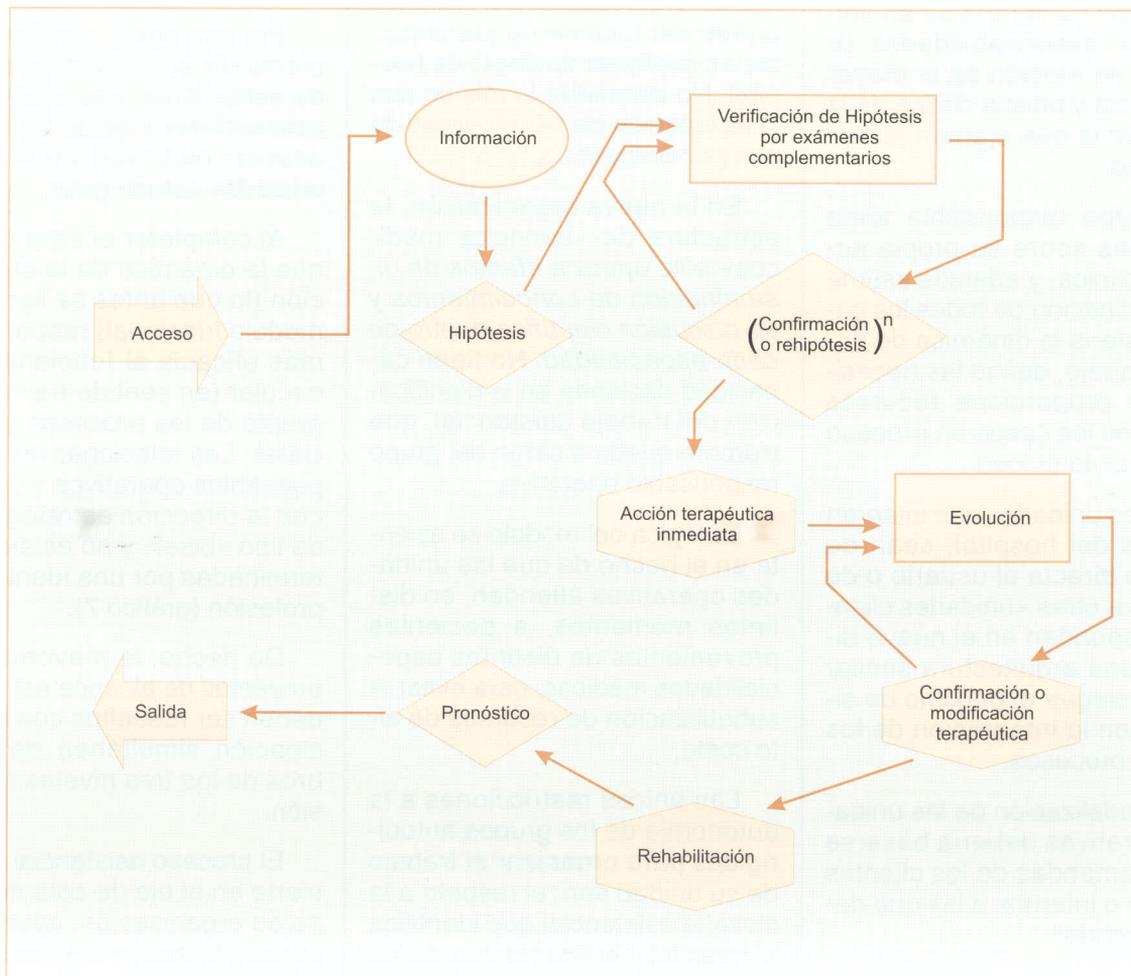
Siguiendo este camino, se perfila una organización cuya característica es que se va segmentando en áreas de trabajo transdisciplinar. Los componentes de homogeneidad se encuentran en el tipo de procesos que se realizan, o bien en los dis-

tintos productos intermedios que *fabrican* determinados grupos profesionales (laboratorios, diagnóstico por imagen), y no en la identidad de titulación de sus miembros. Lo realmente importante es el valor agregado intrínseco que cada profesional puede aportar al desarrollo del proceso asistencial.

3. El modelo

El modelo general se asienta en las unidades dinámicas de ac-

GRÁFICO 5



tividad asistencial ya identificadas (gráfico 2) y su posterior constitución en *unidades operativas* (UO) que, articuladas en forma de red, operan con un máximo de capacidad de interrelación, sin necesidad de requisitos o autorizaciones previas, para realizar la actividad asistencial.

La conducción de estas unidades operativas queda a cargo de un pequeño equipo: *los responsables operativos* (RO). Estos responsables son expertos en clínica, en el caso de la actividad asistencial. Son equipos de profesionales interdisciplinarios, autodirigidos y con capacidad de resolución de la práctica totalidad de situaciones y problemas de los pacientes de su unidad. Las responsabilidades se asignan en función de la mayor experiencia y pericia clínica en la unidad en la que ejercen su especialidad.

El grupo responsable toma decisiones sobre su propia actuación clínica, y además asume la «coordinación de todos los casos», ordena la dinámica de flujos de trabajo, define las necesidades y proporciona recursos para todos los casos en proceso que hay en la unidad

Así, las unidades que integran servicios del hospital, sean de atención directa al usuario o de atención a otras «unidades clientes», responden en el nuevo diseño a una arquitectura similar para conseguir el máximo de sinergias en la integración de los distintos procesos.

La modelización de las unidades operativas debería basarse en las demandas de los clientes externos o internos a las que deben responder.

Las *unidades operativas* se van articulando en *áreas de producción* de servicios (AP) a efec-

tos de facilitar la gestión y la logística.

Las AP pueden ser definidas como el conjunto de UO que conforman una red de funciones relativamente homogéneas en cuanto al tipo de servicios que prestan a los usuarios respectivos (área médica, área quirúrgica, área de hostelería, área de sistemas de información, por ejemplo). A la vez que áreas de producción se configurarían también como *áreas de gestión* que, agrupando a varias unidades operativas, cortan transversalmente las estructuras históricas corporativas.

La unidad operativa, como célula de organización del hospital, puede ser fácilmente identificable en cualquier tipología de hospital. No sucedería lo mismo con la agrupación de UO en áreas de producción/gestión.

En la nueva organización, la estructura de «servicios médicos» sólo opera *a efectos de disseminación de conocimientos y de discusión científica dentro de cada especialidad*. No tiene capacidad decisoria en la planificación del trabajo asistencial, que siempre queda a cargo del grupo responsable operativo.

La lógica del modelo se asienta en el hecho de que las unidades operativas atienden, en distintos momentos, a pacientes provenientes de distintas especialidades médicas, para evitar la subutilización de recursos de alto coste.

Las únicas restricciones a la autonomía de los grupos autodirigidos para organizar el trabajo de su unidad son: el respeto a la filosofía asistencial que identifica al hospital y la aceptación de los escenarios cuantitativos de actividad presupuestados consensuadamente.

4. Los niveles de la organización

Los niveles de estructura, en principio, no son más de tres: un nivel básico de unidad operativa (UO), un nivel intermedio de área de producción (AP), (asistencial o no asistencial) y, por último, un nivel estratégico de dirección (D).

La existencia de tres niveles reforzaría la idea de una estructura poco burocratizada. El personal de *staff* juega un papel de apoyo a los grupos de desarrollo estratégico y alimenta con información relevante a todos los niveles de responsabilidad (gráfico 6).

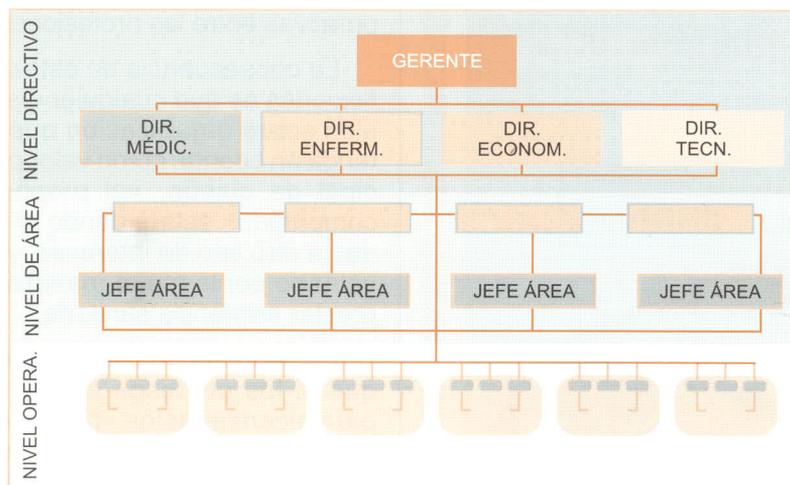
Por otra parte, también se implementa el modelo en el resto de estructuras. Las unidades no asistenciales y las de logística se adaptan muy bien a la matriz de unidades autodirigidas.

Al completar el diseño, se ve que la dinámica de la organización (lo que antes se llamaba el modelo funcional) responde con más eficacia al funcionamiento circular (en sentido transversal) propio de los procesos asistenciales. Las relaciones de los responsables operativos y de áreas con la dirección estratégica son de tipo «bisel» y no están predefinidas por una identidad de profesión (gráfico 7).

De hecho, la mayoría de los proyectos de alcance estratégico deben ser resueltos con la participación simultánea de miembros de los tres niveles de decisión.

El proceso asistencial se convierte en el eje de este nuevo tipo de organización, ayudando a cumplir la misión del hospital: *La atención efectiva, de calidad y eficiente de la persona enferma y su entorno familiar*.

GRÁFICO 6
ORGANIZACIÓN HOSPITAL



La misión del RA es, sobre todo, una *misión de apoyo y planificación*, y su liderazgo se ejerce sobre un grupo de responsables operativos.

IV. COMENTARIOS FINALES

En los últimos años, los cambios producidos en el sector salud han sido espectaculares, y no fueron acompañados por una consecuente adecuación de los continentes institucionales.

Esto provoca situaciones difícilmente sostenibles en momentos de contención presupuestaria, si no se consigue una adaptación rápida del sector a los nuevos escenarios técnicos y a las nuevas situaciones de demanda.

Los financiadores principales (usuarios potenciales) del sistema sanitario esperan resultados que únicamente pueden obtenerse aplicando estrategias adecuadas, y esto obliga a efectuar cambios efectivos y socialmente eficientes; con interés por atender las nuevas necesidades y percepciones de los pacientes.

Una apuesta de esta magnitud implica una ajustada evaluación de riesgos internos y la habilidad para incorporar a los profesionales a la discusión sobre los cambios necesarios, única manera de asegurar el logro de resultados.

En una empresa compleja, el escalado jerárquico uniprofesional —forma histórica de las organizaciones hospitalarias— no ofrecería respuestas oportunas ni eficientes a las necesidades asistenciales, que requieren soluciones transdisciplinares.

Las resistencias iniciales al cambio de modelo se atenúan por el efecto agilizador de la nueva estructura en el ejercicio pro-

4.1. Los nuevos roles: el responsable operativo (RO)

Los responsables operativos efectúan tareas en las que son expertos. Los médicos o enfermeras que asumen este nivel de responsabilidad ejercen «su» profesión, a la que se agrega una función «plus» de coordinación operativa de las actividades realizadas por otros colegas en su misma unidad. Los RO ejercen en contacto con los pacientes y sus familiares (cliente externo) o con otras unidades a las que sirven sus productos intermedios (cliente interno). Participan en la elaboración continuada del modelo de relaciones, a efectos de maximizar los consensos en el diseño de procedimientos, y especialmente en los criterios de resolución de conflictos.

Las supervisiones no son necesarias, porque los RO y cada uno de los profesionales de su unidad conocen y «saben hacer bien» su trabajo clínico, como se demuestra claramente en el ejer-

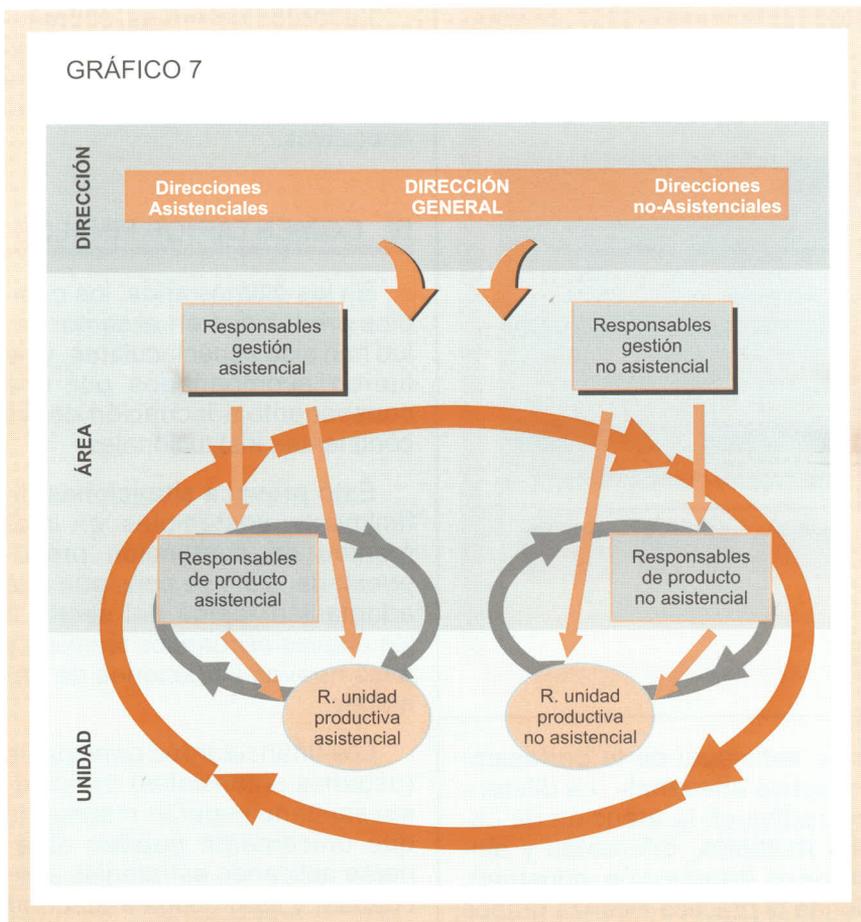
cicio individual de la profesión: «práctica artesanal». La diferencia radica en la atención de casos múltiples, diferentes y sincrónicos (producción industrial), donde la práctica alcanza grados de complejidad en los que el éxito depende, sobre todo, de la coordinación de agentes y acciones.

4.2. Los responsables de área (RA)

Los responsables de las áreas de actividad/gestión pertenecen claramente a la estructura directiva, y no vienen obligados al ejercicio de su especialidad de origen, aunque, por razones de reversibilidad del cargo, no es obligado que dejen de hacerlo.

Distinto es el caso de los directivos que han elegido como especialidad profesional la *mesogestión*, renunciando a priori (o después de haber ejercido un determinado número de años) a su desarrollo y actualización para el ejercicio de especialidades asistenciales.

GRÁFICO 7



dencia que las estructuras en red ayudan, sobre todo, a disminuir ostensiblemente los tiempos de espera internos de los procesos asistenciales y las tensiones corporativas entre las profesiones.

La consecuencia de estas reflexiones es que cualquier discusión sobre organización que no tenga en cuenta, como valor principal de diseño, «el propósito compartido» estará dando prioridad a otro tipo de intereses, y no velando por la mejor manera de prestar asistencia sanitaria.

La segunda consecuencia es que si los procesos a efectuar para alcanzar estos «propósitos compartidos» van modificándose a medida que la sociedad y la ciencia evolucionan, la organización también debe evolucionar para adaptarse y continuar siendo una herramienta útil, sin transformarse en un obstáculo ante las renovadas necesidades de usuarios y profesionales.

Estas propuestas podrían ser susceptibles de instrumentación en hospitales y, por extensión, en cualquier otro sistema complejo vinculado a la prestación de servicios sanitarios, ya que el modelo da prioridad a las relaciones entre prestadores y clientes, sean éstos externos o internos, restringiendo esquemas profesionalistas rígidos o corporativos que, por su tendencia a la autoperpetuación, representan un obstáculo para la gestión de los sistemas complejos.

fesional, al liberar a éste de escalados burocráticos que no aportan valor agregado a la tarea asistencial.

La necesaria *empresarialización* debería comenzar por el esfuerzo para alcanzar un diagnóstico institucional que pueda compartirse con los profesionales. La factibilidad de crear —en un marco de participación— una propuesta organizativa radical-

mente innovadora acerca las decisiones de servicio al usuario, adjudicándoselas a su proveedor más directo. Al mismo tiempo ofrece a los profesionales: *a)* mayor autonomía en el ejercicio profesional, al eliminar restricciones a la coordinación transversal, y *b)* mejores posibilidades de desarrollo profesional al margen del escalado jerárquico clásico. La implementación del modelo evi-

Resumen

Los objetivos de un hospital se podrían sintetizar en conseguir efectividad, eficiencia y calidad. Para ello se han de adoptar cambios en los estilos de práctica (microgestión), y adecuar la estrategia y la estructura de la organización para incorporar estos cambios en la forma de prestación de los servicios (mesogestión).

El paradigma consistiría en una organización posicionada en torno al usuario. Los esfuerzos se deberían orientar hacia el rediseño radical de la red de relaciones jerárquicas hacia un modelo transdisciplinar con fuerte incorporación de las tecnologías de la información. Los niveles de estructura serían tres: un nivel básico de unidad operativa, un nivel intermedio de área de producción y un nivel estratégico de dirección.

La implementación del modelo propuesto evidencia que las estructuras en red ayudan a disminuir los tiempos de espera internos de los procesos asistenciales, así como las tensiones corporativas entre las profesiones.

Palabras clave: producción y organizaciones en general, comportamiento organizativo, objetivos, organización y conducta empresarial, salud en general.

Abstract

The aims of a hospital could be condensed into achieving effectiveness, efficiency and quality. For this purpose, changes have to be adopted in the styles of practice (micromanagement) and the strategy and structure of the organization have to be tailored to introduce these changes into the way services are provided (mesomanagement).

The paradigm would consist of an organization oriented around the user. Efforts should be directed at a radical re-shaping of the system of hierarchical relations towards a transdisciplinary model taking full advantage of the information technologies. There would be three structural levels: a basic operational unit level, an intermediate production area level, and a strategic management level.

Implementation of the model proposed shows that network structures help to reduce waiting times in the internal care process as well as corporate tensions between professions.

Key words: production and organizations in general, organizational behaviour, business objectives, organization and conduct, health in general.

JEL classification: D20, D23, I10, L20, L21, L22, L23.