
Vanguardia y actividad hospitalaria
Vanguard and hospital activity

I. De Val-Pardo

INTRODUCCIÓN

A principios del siglo XXI y albores del tercer milenio de la era cristiana no deja de llamar la atención que todavía se cuestione cuál debería ser la forma a adoptar por los hospitales con el fin de estar en condiciones para prestar de manera eficaz unos servicios con los que atender la salud de los ciudadanos lo más eficientemente posible. ¿Cómo es posible que los hospitales públicos, a pesar del nivel de desarrollo de la sociedad, del avance técnico y de las ciencias sociales (economía, derecho, sociología, ciencia política), de la adaptación de otras organizaciones económicas públicas y privadas a los imperativos de los tiempos, no se hayan configurado ya convenientemente según las distintas y posibles opciones que han demostrado con suficiente claridad su validez?

A disposición de los responsables políticos y de los profesionales sanitarios está el conocimiento de que no existe una forma única y óptima de organizar, pues el diseño organizativo comprende la arquitectura formal de la organización, su cultura, los procesos, las normas, la toma de decisiones, el sistema de información, la estructura de las relaciones de empleo, y los valores individuales y colectivos.

Esto es incuestionable y los que observamos los hospitales, por centrar nuestro estudio en el ámbito de los cuidados de la salud e incluso colaborar en la formación de sus profesionales (o porque en algún momento, debido a una quiebra de la salud, formamos parte del proceso), percibimos la existencia de desfases, inadaptación a la realidad contextual, disfuncionalidades, etc... Pero lo más notable es que en la interlocución con los políticos, y con los profesionales asistenciales y no asistenciales, se percibe también sin veladura de ningún tipo un sentimiento general de insatisfacción con el actual sistema organizativo. Entonces, la inquietud nos embarga y las cuestiones se nos agolpan sin remedio.

Surgen multitud de preguntas: ¿por qué no se modifica la configuración de los hospitales?, ¿quién tiene interés en que los servicios hospitalarios públicos no se rediseñen y se reestructuren?, ¿cómo es posible que campe por sus fueros tal falta de lógica y consenso? Los economistas tenemos el amparo de atribuir lo incomprensible a la presencia de "la mano visible e invisible", y por eso nos desazona en este caso la ausencia prolongada de coherencia y de sentido en una actividad económica tan noble (velar por la salud de la población y contribuir al bienestar social) y de tan

ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (2): 187-195.

* Catedrático de Organización de Empresas.
Universidad Pública de Navarra.

Correspondencia

Dña. Isabel De Val-Pardo
Dpto. Gestión de Empresas
Universidad Pública de Navarra
Campus Arrosadía, s/n
31006 Pamplona
E-mail: isabel.deval@unavarra.es

amplio espectro (en torno al 6,8% del PIB, 28% del presupuesto del Estado, 65 % en coste fijo de mano de obra).

Pero ¿por qué no se comportan los hospitales como auténticos sistemas? Si los hospitales son "burocracias profesionales", ¿por qué no se les concede autonomía plena, así como a los servicios o unidades específicas, como si fueran "cuasi-empresas"? ¿por qué no se configura la red de hospitales públicos, a nivel estatal o de Comunidad Autónoma, como un *portfolio* (cartera de negocios)?, ¿quién tiene miedo de que así sea?

Los cuidados de la salud constituyen una actividad económica que es patrimonio de los ciudadanos por ser ellos quienes la sostienen con su contribución tributaria, y por ser quienes confían en los políticos y en los profesionales de distinta índole para que la lleven a cabo. Entonces ¿por qué los responsables se atribuyen un protagonismo que, al no estar exento de intereses determinados, cercena en ocasiones la eficacia de la prestación? Si su competencia es delegada y son responsables ante la sociedad ¿caso tienen miedo a perder poder y control? Si así fuera la pobreza de miras y la irresponsabilidad sería evidente. El *rôle* de cada uno está identificado y existen mecanismos de control suficientes para que los distintos núcleos ejerzan con autonomía plena.

Si querer es poder ¿no es hora de reconducir la actividad de una vez por todas? En fin, haremos aquí un intento para aportar algunas ideas al respecto. En tal sentido, haremos un somero recorrido por el modelo hospitalario que propicia la normativa, reflexionaremos sobre el estado de la cuestión y apuntaremos aquellas tendencias hacia las que debería evolucionar el diseño. Cosa distinta es que para la implantación de una organización menos jerarquizada sea precisa una gestión más eficaz de los recursos humanos (aunque justo es reconocer que posibilidades e innovaciones al respecto también las hay ya en estos momentos).

EL ESTADO DEL ARTE

Los centros hospitalarios de ámbito público se pueden identificar por su activi-

dad asistencial como quirúrgicos, médicos y monográficos, y por el alcance de ella se relacionan con el área de población que atienden según la legislación vigente. De aquí que se hable de hospitales de referencia, hospitales de área, hospitales de nivel terciario, etc.

A groso modo, la estructura de los hospitales públicos en el intento por mantener su actividad asistencial, se configuran en España a través de los siguientes núcleos de responsabilidad:

Servicios. Son la piedra angular de la organización hospitalaria, ya que la suma de las actividades de todos ellos origina el alcance del hospital como un sistema que se organiza de forma piramidal porque al frente de los mismos figura un responsable. En función del alcance de las prestaciones, y del número de personal adscrito, se descomponen en secciones al frente de las cuales existe el denominado Jefe de Sección. (A este respecto no está de más señalar que, bien porque en algunas ocasiones la creación de tales secciones no se justifica en aras de mejor organización y gestión, o bien porque se promueven en reconocimiento o promoción profesional, el cargo no es extraño que adolezca de competencias claramente definidas).

Departamentos. Propios de los grandes hospitales, al frente de ellos se establece una jefatura que aglutina varios servicios. Comúnmente representan áreas de especialidad (Medicina, Cirugía, Pediatría, Análisis Clínicos) o facilitan que una especialidad adquiera tal categoría debido a su dimensión o especificidad (Ginecología y Obstetricia, Traumatología, Anestesia y Reanimación, Anatomía Patológica, etc.) Podemos encontrar casos residuales de tal jefatura (o una denominación indebida por acostumbamiento), aunque por el Real Decreto 521/87 que aprueba el Reglamento General de Hospitales gestionados por el INSALUD desaparece esta figura y se implanta un sistema de dirección por Divisiones, en el que el Director Médico cuenta con Subdirectores Médicos al frente de las grandes áreas de trabajo.

Unidades. Surgen dentro de algunas especialidades (diagnóstico prenatal, patología de rodilla...) y se justifican por el

intento de promover una asistencia de calidad en un campo concreto que se ofrece a pacientes del propio ámbito o ajeno.

Los hospitales no alcanzan su propósito sin el soporte de lo que se conocen por actividades no asistenciales, que se pueden escindir (en términos de Mintzberg por su contribución directa o indirecta a la obtención del resultado) entre las de "estructura" (administración, documentación, sistemas de información...) y de "apoyo" (lavandería, hostelería, limpieza...). Estas competencias se aglutinan bajo la Dirección de Administración o la Gerencia integrada por distintas secciones, con los correspondientes responsables al frente.

Diseñar un sistema organizativo, cualquiera que sea su cometido, no es tarea fácil. Y menos en el caso de la prestación de servicios de cuidados de la salud a nivel público. La estructura de organización de los hospitales en el intento por responder a una lógica de negocio en su sector particular o rama de actividad económica (servicios públicos de atención especializada hospitalaria) y tratar de lograr la alineación en el logro de la eficacia, han seguido una diversidad de estrategias (con lo que resulta que la estructura organizativa de un hospital es ya en sí misma una estrategia, pues la forma adoptada responde a unos objetivos de política de empresa y de estrategia corporativa según el entorno hacia el que se orienta el resultado, a la par que éste condiciona su actividad) para el desempeño de sus competencias asistenciales y no asistenciales.

Dichas competencias se concretan en las siguientes:

- De crecimiento cero o mantenimiento, al perseguir la supervivencia de los centros y minimar sus riesgos.

- De crecimiento interno, por los cursos de acción con los que se han desarrollado los servicios y orientado hacia sus usuarios, requerir inversiones y modificar la estructura empresarial al crear nuevas capacidades para la atención clínica. En esta categoría se identifican las variedades de:

- a) Crecimiento interno intensivo vía aumento de la cuota de servicios o desa-

rollo de la demanda global por aumento de la frecuencia de utilización y encontrar extensiones de las prestaciones; o bien, desarrollo de nuevos servicios al añadir características o funciones, extender la gama, desarrollar una nueva generación o nuevos servicios por el desarrollo de los conocimientos y tecnologías que los soportan; o bien por mayor alcance de la prestación (por expansión geográfica o dirigirse a nuevos segmentos de la población)

- b) Crecimiento interno por integración (extensión lateral u horizontal de la actividad y vertical; es decir, hacia adelante o hacia atrás -hospital de día, asistencia domiciliaria, centro de diagnóstico-)

Apuntar que la integración vertical induce a ahorros reales de coste (tecnológicos, de simplificación del proceso productivo, economías de escala), a la defensa de tecnologías, y a garantizar y controlar los suministros o la distribución. Como inconvenientes, bueno es citar la pérdida de la ventaja de proveedores vinculados, el incurrir en mayores costes de administración y la pérdida de flexibilidad al tener la organización un tamaño mayor.

- c) Crecimiento interno por diversificación (concéntrica -al añadir actividades complementarias a nivel técnico o de marketing- y pura -al desarrollar actividades sin ninguna relación con los servicios o mercados existentes-). Por ejemplo: introducción de técnicas exploratorias complementarias o puesta en marcha de servicios de corte eminentemente socioasistencial, etc.

Las razones que justifican esta última variedad de crecimiento interno son de tipo económico (explotación de sinergias, interrelaciones, mayor poder) y financiero (diversificar riesgos, rentabilidad inversiones...), de crecimiento y de valor para el usuario.

- De crecimiento externo. En este caso, las opciones son:

- a) La fusión (caso de establecimiento de complejos hospitalarios), con el propósito de lograr sinergias y compensar las fortalezas y debilidades, lograr economías de escala al centralizar servicios y aprovechar la capacidad productiva, así como potenciar las adquisiciones, conseguir mayor volumen de servicios (ante la filo-

sofía de que el poder se asocia a los recursos), reducir gastos operativos (al compartir medios), aumentar la capacidad de gestión (al complementarse la experiencia y dominio de las técnicas de gestión) e incrementar la capacidad defensiva frente a terceros. Todo esto no siempre es favorable, ya que las culturas organizativas pueden diferir y el proceso puede destruir el capital social y generar conflictos en el reequilibrio del poder, además de poder perderse la flexibilidad e incurrir en mayores costes.

b) La asociación (*joint venture*), alianza o consorcio, que permite compartir ciertos objetivos y recursos sin perder cada centro la identidad y la autonomía de gestión (caso del Consorcio Hospitalario de Cataluña o la Unión Catalana de Hospitales). En este caso se aumenta el valor generado, se incrementan los conocimientos al compartir experiencias de los socios, se mejoran los costes y la diferenciación de los servicios.

c) La cooperación, entendiendo por tal "el acuerdo entre dos o más partes independientes que uniendo o compartiendo parte de sus capacidades o recursos instauran un cierto grado de ventajas competitivas". Persigue reducir los costes de transacción entre los partícipes, y se puede dar en su variedad vertical y horizontal. La forma contractual que regula la relación es la subcontratación según la normativa existente al respecto. Esta variedad de crecimiento externo requiere la congruencia de objetivos y la complementariedad de recursos entre los cooperantes. Tal es el caso, por ejemplo, del establecimiento de un Laboratorio Central de Referencia para los análisis programados solicitados por diferentes centros.

Es de justicia hacer mención de la introducción en los hospitales públicos de prácticas novedosas en la administración y gestión de los mismos. Entre ellos cabe citar la utilización del análisis estratégico, la dirección por objetivos, los contratos-programa, la gestión estratégica de los costes, el uso de indicadores cuantitativos y cualitativos para la medición del resultado, la gestión de la calidad al introducir la práctica de las ISO 9000, la gestión clínica,

la externalización de ciertas actividades de diagnóstico y asistenciales (RNM, TAC, trasplantes...) y de apoyo o estructura (lavandería, limpieza, hostelería, administración...).

Nos preguntamos si este modelo organizativo es válido y si responde a las expectativas de los distintos grupos de interés. En el intento de percibir su validez acudimos a qué se entiende por diseño y recordamos que se trata de "la disposición y el proceso de disponer las características estructurales de la organización a fin de lograr o incrementar la eficacia, eficiencia y adaptabilidad de la organización". El proceso de diseñar implica la identificación de distintos niveles de análisis que dan como resultado una estructura organizativa y, particularmente, se concretan en los siguientes:

- el diseño básico o elemental, que se refiere al diseño de las tareas, los trabajos y los procesos para el desarrollo de las competencias asistenciales y no asistenciales,

- el diseño micro o primario de la organización hospitalaria (servicios, secciones, departamentos, grupos, equipos o unidades, así como las relaciones de los individuos entre sí),

- el diseño macro del hospital (integración e interdependencia que debe darse entre los grupos anteriores identificados), y

- el diseño interorganizaciones hospitalarias (alude a las interrelaciones entre dos o más hospitales, a su grado de dependencia, influencia y transferencia de recursos).

La labor de diseñar un hospital es competencia de su equipo directivo, por tener que actuar de manera permanente sobre ella para tomar decisiones convenientes (estratégica y socialmente) en cuanto a la forma de configuración y características de la estructura formal. A este respecto se percibe que, generalmente, los hospitales públicos se han configurado de manera única en torno a las funciones (si bien en algunas ocasiones se ha promovido la estructura matricial como mecanismo de relaciones laterales entre servicios o departamentos para afrontar algunos pro-

gramas). Quizás se haya debido esto a la extensión generalizada de considerar el diseño como un mero vínculo entre las funciones al partir de que la forma siempre sigue a la función. Así se determina primero el logro y posteriormente se diseña el mecanismo que lo facilita, propiciando que la dirección se ciña al establecimiento formal de las funciones correspondientes a cada una de las tareas.

Para determinar cuál es la estructura organizativa más conveniente hay que proceder según la lógica de un proceso. Es decir, hay que partir de la definición de las actividades necesarias para la consecución de los objetivos de un hospital, seguir con el establecimiento de la disposición óptima de los recursos, medios y tecnologías, continuar con la definición de los puestos de trabajo, de las distintas unidades, sus interdependencias, procedimientos y sistemas, y finalizar con la previsión del personal necesario en cuanto a número, conocimientos, formación y experiencia.

Así es como puede llegarse a la forma óptima singular que distingue la "estructura social", (esto es, las relaciones entre los distintos elementos sociales: servicios, secciones, equipos, grupos de trabajo...) y la "estructura física", en referencia a las relaciones entre los distintos elementos físicos de la organización hospitalaria (vínculos entre edificios y localizaciones geográficas en los que la actividad productiva tiene lugar).

En nuestra opinión, y desde el punto de vista organizativo, la prestación hospitalaria oscila entre los siguientes dilemas: la centralización y la descentralización de la toma de decisiones; la eficacia y la eficiencia en el resultado; la autonomía de los profesionales y los equipos, y un sistema administrativo caracterizado por su rigidez; el control sistematizado y la confianza en el compromiso individual; y finalmente la estabilidad del comportamiento del sistema por mera inercia y dominio del acaecer o el cambio asociado a incertidumbre, temor a lo desconocido, y la pérdida de poder.

TENDENCIAS Y CAMBIOS

Conscientes de que no todos los diseños permiten el logro de las funciones y de

que algunos de ellos las facilitan mejor que otros, ha de tenerse en cuenta que al hablar de diseño nos referimos no sólo a la forma sino también a su ensamblaje con el medio. En la actualidad debe considerarse el diseño de las organizaciones hospitalarias como variable estratégica clave, factor crítico de éxito y fuente sostenida de ventaja competitiva. Las alteraciones que surgen en la naturaleza de su forma emergen en respuesta a retos de gran magnitud, como son los cambios tecnológicos, el avance de la investigación, la incertidumbre, los cambios demográficos, sociales y medioambientales, el sistema de valores, los estilos de vida... Todos ellos inciden en el diseño de los hospitales porque inducen a la promoción de formas flexibles, adaptables, innovadoras, envolventes y fluidas, en las que los límites resultan internamente permeables y externamente borrosos.

Por tanto, un buen diseño es el que incorpora intuición y experimentación a las secuencias de la acción, lo que hace necesaria la articulación de la secuencia "misión-metas-estrategias-funciones", la identificación de mecanismos de coordinación y control, la conveniente relación entre el saber y las responsabilidades, la institucionalización de la planificación y de las comunicaciones, la implantación de sistemas objetivos de rendimiento y recompensas, y el liderazgo efectivo en el desarrollo de la actividad. Junto a esto hay que tener presente aquellos factores esenciales que dada su utilidad permiten crear diseños positivos, y que son: la prioridad del fin, la congruencia entre las partes, la elección de los recursos y la adopción de las tecnologías necesarias.

Las perspectivas inducen a substituir la jerarquía tradicional, auspiciada en la especialización funcional, por organizaciones que promueven el aprendizaje continuo; sintetizar los intereses de los integrantes y promocionar la fluidez de la información y del conocimiento. En este sentido, debe reemplazarse la división del trabajo por la división del conocimiento. Eso induce necesariamente al aplanamiento de la jerarquía y a subrayar la horizontalidad al organizarse en torno a procesos transversales con el fin de orientarse mejor hacia los usuarios.

Por lo que más en concreto se refiere a la estructura social de los hospitales públicos y su definición, resulta imprescindible tomar en consideración las variables de complejidad (grado de diferenciación entendida en el conjunto o unión de los elementos que la constituyen); formalización (grado en que se siguen las instrucciones y procedimientos establecidos) y centralización (en referencia al mayor o menor grado en que el proceso de toma de decisiones reside en el ápice estratégico o alta dirección).

Aquí, como en tantos otros órdenes de la vida, hay que recordar el aforismo latino "*in medio virtus*", que se traduce en tener que preservar la especialización como criterio base, auspiciando el nivel de centralización de la toma de decisiones en los puestos clave en aras a la responsabilidad, para que no sea excesivo e interfiera con la cesión de competencias y la formalización del comportamiento vía protocolos sin que la regulación sea excesiva.

De forma complementaria debe auspiciarse también la presencia de la autoridad del experto, el enriquecimiento de los puestos de trabajo por mayor alcance y capacidad de autocontrol, la autonomía de los profesionales y de los equipos, la descentralización del proceso de toma de decisiones, la coordinación, la confianza, la creatividad, la responsabilidad, la participación, la actitud empresarial, la interrelación, la fusión, la cooperación, la sinergia, la organización por procesos, la orientación al usuario, la formación continua y la preparación del personal.

Respecto a la estructura física de un hospital público hay que tener presente que en ella se alberga la trama constructiva de la organización. Esta viene dada por los recursos, las competencias y los procesos, todos ellos afectados por los denominados factores contextuales, como son: las metas, la estrategia, el tamaño, la tecnología, el medio, la cultura empresarial y el poder.

Se llega así a la conclusión de que en los hospitales públicos una arquitectura innovadora viene determinada por:

- La reducción de la jerarquía vertical, que debería limitarse a la Dirección Médi-

ca y Administrativa, Jefes de Servicios y Secciones, para centrar la atención en la generación de valor para los usuarios, concentrar los conocimientos y la información que sea necesaria, cohesionar los objetivos de rendimiento, reducir el gasto añadido y promover la creatividad e iniciativa de los profesionales implicados.

La reducción de niveles o estratos y de personas en los mismos (según el proceso del flujo de trabajo) debe ser una decisión intencionada sustentada en razones como la descentralización, la especialización, la disminución del alcance de competencias, la cooperación, las alianzas, etc. Téngase presente que toda disminución de niveles no sólo permite reducir costes, sino promover un proceso de toma de decisiones más rápido y una más ágil adaptación del hospital a las contingencias.

Siempre que la cesión venga motivada por una concentración en la generación de valor para la sociedad y para incurrir en menores costes, no hay que temer al aplamamiento de la estructura organizativa aunque este origine una ruptura en la cadena de valor del hospital por externalización de algunas de las actividades asistenciales y no asistenciales que tradicionalmente le eran propias (pruebas de diagnóstico, documentación, sistemas de información, limpieza, hostelería, lavandería...).

- La extensión de la configuración horizontal. Esto es fundamental si se pretende generar un clima óptimo en el desarrollo de la prestación, afectada por las nuevas tecnologías, los requisitos de competencia, las expectativas de los pacientes respecto a su estado de salud, y las de los empleados que demanda mayor participación y responsabilidad.

En un hospital, la organización horizontal se orienta a crear valor. Para que así sea ha de centrarse en equipos, bases de datos, expertos técnicos de distinta índole y grupos funcionales, pues supone una apuesta común a un proceso que requiere integración, armonía, robustez y versatilidad. Para lograrlo, se debe sustentar en los principios siguientes:

a) Organizarse en torno a procesos transfuncionales (por ejemplo: unidad coronaria o de mama).

b) Instalar procesos propios para los directivos que tengan responsabilidad en el núcleo central de la organización, delimitando sus competencias por descentralización de responsabilidades y de la toma de decisiones. (Esta figura se reserva para la de supervisor, aglutinador y promotor).

c) Crear equipos de rendimiento.

d) Eliminar puestos o niveles que no añadan valor al resultado.

e) Integración con proveedores y usuarios o clientes.

f) Utilizar las tecnologías de la información como soporte para el logro de objetivos de rendimiento y del valor esperado por los pacientes.

g) Formar al personal a resolver problemas y a trabajar productivamente en áreas transfuncionales.

h) Promover habilidades múltiples y capacidad de adaptación a los nuevos retos que surgen al trabajar en equipo.

i) Rediseñar los servicios o unidades funcionales y convertirlos en equipos de procesos de rendimiento.

j) Medir los objetivos de rendimiento por fines de procesos, por la satisfacción de usuarios o clientes y empleados, y por la contribución financiera.

k) Construir una cultura de empresa abierta, de cooperación y colaboración, centrada en la mejora continua del rendimiento, la cesión de responsabilidades y el buen hacer.

Es completamente factible que los hospitales potencien la horizontalidad. Si así se hace, como es lo deseable, el *performance* ha de medirse en términos de beneficios para los distintos grupos de interés. Su aproximación holística permite que todos los agentes directos ganen: los ciudadanos (al disponer de una atención hospitalaria que satisface mejor sus necesidades de salud), los responsables políticos y profesionales (al incrementar el resultado de la actividad y contribuir así a la mejora del bienestar de la población), y los empleados (al percibir satisfactoriamente su

participación en el proceso, concretada en gratificaciones cualitativas o cuantitativas).

No cabe duda que potenciar en los hospitales la circularidad, por reducción de la jerarquía a un nivel mínimo y promoción de la colateralidad, puede comportar un mayor éxito porque su forma se sustenta en:

- Sistemas de producción flexible conducidos por equipos de trabajo integrados por personas de distintas especialidades (con formación y desempeños difusos) asignados con dedicación plena o parcial que se autogestionan y configuran en torno a una estructura plana basada en la competencia, la confianza y la igualdad. Esto repercute necesariamente en el diseño de las tareas y en las personas afectadas a las mismas, ya que las interdependencias se deben redefinir periódicamente, así como el alcance, las responsabilidades, y el funcionar en base a las cualificaciones, aptitudes, autonomía, innovación y cooperación.

- Los procesos, que deben considerarse principio y fin, y mediar uno entre otros gracias a las tareas individuales y colectivas que permiten generar el mayor valor para el paciente. En los hospitales hay que promover modelos que reflejen los flujos de trabajo de los distintos procesos de manera relacionada, pues permiten observar las áreas especializadas a las que corresponden y las técnicas utilizadas, para poder lograr sinergias. Si, a medida de lo posible, el hospital se edifica en base a los procesos, se crearán unidades organizativas para cada proceso clave que genere un resultado para los pacientes con similares patologías. Esto hará posible realizar el trabajo de manera multidimensional, lo que permitirá desarrollar mejor los conocimientos y las habilidades, y fomentar la autonomía al reducir la separación entre ejecución y control (ejemplo son las Unidades de Cuidados Intensivos).

- Las tecnologías más avanzadas (relativas a la información, y a la atención quirúrgica y médica) al incidir de manera muy significativa en la atención, en el flujo de las distintas operaciones, la ejecución de las tareas, su integración, control y el trabajo en equipo.

Los hospitales públicos deberían posicionarse en un nuevo marco de organización de sus servicios, ya que la utilización eficiente de los recursos es un imperativo social y la validación de los mismos por los usuarios un requisito de calidad incuestionable. Naturalmente, esto obliga a tener que analizar en profundidad los problemas a los que se enfrentan los Sistemas Sanitarios y el *rôle* que desempeñan los hospitales en los mismos.

APUNTE FINAL

El concepto de red, al igual que el de sistema, es una cuestión de grado. Por eso cabe decir que un hospital público es una red de organizaciones sociales a través de las cuales se realizan actividades asistenciales y no asistenciales para el cuidado de la salud de la población, y que, a su vez, es también una subred porque forma parte de la red de establecimientos sanitarios en régimen de hospitalización o internamiento.

La normativa específica, entre otras cosas, regula el régimen del personal vinculado, las prestaciones, la contratación de actividades... Y los gobiernos autonómicos con transferencias sanitarias tienen también capacidad legal para regular la planificación de servicios, así como para establecer la estructura orgánica de los hospitales y de la red asistencial que engloba la Atención Primaria, la Atención Especializada y la Salud Mental.

Todas estas capacidades han de aplicarse y exigirse bajo el principio de igualdad. Por ejemplo: si para ser Jefe de Sección la normativa indica la dedicación plena a la prestación pública, no se puede hacer salvedad alguna a posibles candidatos por razones de diversa índole y exigirse al resto el cumplimiento. Con ello no sólo se incurriría en violación de un principio constitucional, sino que se promovería un clima laboral adverso, se cercenarían las ilusiones y se frustraría el empeño por un buen hacer "en lo público".

Tarde o temprano, los políticos se verán abocados a tener que configurar el sistema sanitario que corresponda a su esfera de competencia bajo la perspectiva reticular del *management*. Esto, dada la necesaria y permanente interdependencia

e interacción que se da entre los distintos niveles de asistencia, y entre éstos y su integración en un Sistema Nacional de Salud, obedece a la necesidad de tener que intercambiar recursos y negociar propósitos compartidos. El substrato de tal planteamiento radica en la conducción indirecta de los participantes por parte del gobierno central o autonómico (Consejería de Salud y Gerencia del Servicio de Salud), de manera que la soberanía de su autoridad no domine o se relegue y se autoorganicen cada uno de los componentes (Centros de Atención Primaria, Salud Mental y Hospitales). Tal perspectiva implica libertad y clara descentralización para el autogobierno en el logro de responsabilidades a nivel global.

Los distintos componentes o actores de la red del sistema de salud (interdependientes e implicados en la prestación de los servicios, pues ninguno de ellos puede lograr las metas sólo) necesitan el intercambio permanente de recursos (tales como fondos financieros, información, personal, experiencia) para alcanzar sus objetivos y maximar su influencia sobre los distintos *outcomes*, sin olvidar la dependencia de unos respecto a los otros, y la carencia de poder para determinar las estrategias que no sean las propias.

Los Servicios de Salud pueden elegir entre distintas estructuras de gobierno (jerarquía, mercados y redes) sin que ninguna de ellas sea intrínsecamente mejor o peor respecto a la localización de recursos, coordinación y control. La elección, por tanto, debe ser meramente práctica en el intento de ser efectiva. Hoy en día, dada la experiencia y las demandas sociales, optar por un sistema reticular permite explotar las vías de democratización del dominio funcional.

La cooperación entre todos los componentes es inevitable aunque el conflicto de intereses, la rivalidad y las estrategias individuales la pueda cercenar. El juego de la red se enraíza en la fiabilidad y en la regulación que emana de unas reglas de juego que los participantes deben negociar y acordar, al igual que el margen de libertad en la actuación de cada uno de ellos. En el enredo, los actores tratan de optimar sus

intereses al contribuir a la realización de una acción colectiva, a la vez que contribuyen al sistema de valor para los ciudadanos.

Si bien cada uno de los participantes asocia su poder a los recursos que posee, este debe ser consciente de que depende de la capacidad de negociación con los otros miembros, por lo que todos ellos se ven inducidos a ayudarse para el sostenimiento del flujo de recursos necesarios para sobrevivir.

El *management* reticular de un Sistema de Salud se concibe como la conducción de un proceso de interacciones, con el alcance de acciones de activación para resolver problemas particulares, de organización para determinar las medidas singulares que faciliten la interacción entre las partes, de agencia para facilitar soluciones, y de mediación y arbitraje en la resolución de conflictos de las acciones colectivas.

Lo dicho aquí no es panacea alguna, pues en este mundo nada es perfecto. Pero, si bien se mira, tiene a su favor que es vía segura para promover la participación en la política del sistema, la aceptación social de la misma, la variedad de intereses que confluyen y los valores considerados, y la conducción de los problemas y las necesidades sociales ante la limitación de recursos disponibles. En contra, y hay que ser conscientes de ello, tiene que comporta la implicación en intereses de gobierno, obstáculos a sortear que van

asociados a las innovaciones políticas, falta de transparencia en el proceso dada la complejidad y no facilitar la suficiente legitimidad democrática.

Postdata: A quien pueda concernir

Los hospitales públicos velan por la salud de los pacientes, pero deberían velar asimismo por su salud organizativa e intentar adaptar su administración (planificar, organizar, dirigir y controlar) y gestión para afrontar con eficacia las demandas y contingencias externas. Los profesionales responsables de las actividades asistenciales y no asistenciales, así como el resto del personal adscrito, deben tratar de actualizar sus competencias y afianzar su madurez, actuando como un todo cohesionado, en donde el desfase entre subculturas sea mínimo en aras de la integridad del sistema de salud pública, la utilización eficiente de los recursos y la búsqueda de metamorfosis inéditas.

Las ideas necesitan trasladarse a la práctica para que sean válidas y a veces es difícil hacer lo que hay que hacer. En los hospitales, como en los otros niveles de un Sistema de Salud hay que proceder con sabiduría. El más resulta imposible, pero se puede saber y percibir lo compatible con su derredor y fluir, comprender que el proceso de cambio recae sobre la capacidad organizativa que desempeña el "rôle" de "mano visible" en el paso de un estadio a otro, y que se vence si se acepta lo que es suficiente.