

¿Quo vadis hospital público?

"El verdadero viaje de descubrimientos no consiste en buscar nuevas tierras, sino en ver con nuevos ojos"

Marcel Proust

"El presente y el futuro están conectados al pasado por obra de la continuidad de las instituciones de una sociedad"

North (1993)

Por el Dr. Carlos Alberto Díaz



Médico. Terapeuta Intensivo.
Nefrólogo. Sanitarista.
Director de la Especialización
de Economía y Gestión de la
Salud del IU ISALUD.
Gerente General de la
Fundación Galicia Saude.

Los hospitales y la atención especializada en general, son partes del sistema sanitario y social de la Argentina, eje de la universalidad en la cobertura, que caracteriza a nuestro sistema de salud. Son empresas sociales complejas¹ sujetas a cambios importantes e inéditos, tanto en el presente, cómo en el futuro próximo, por diferentes razones que se pueden listar, a saber: la transformación demoepidemiológica, la crisis social de un modelo de mercado con fallas profundas, exclusiones y cristalización de la pobreza², la lucha por la hegemonía del poder, la evolución tecnológica que supera la capacidad de financiamiento, la oferta generadora de su propia demanda, aumento vegetativo de los costos sin respaldo económico o presupuestario, incremento de la demanda, la transformación organizativa inconclusa³, el manejo del presupuesto sin incentivos a la eficiencia, la orientación del sistema de salud hacia un modelo episó-

¹ Morin E: 2004. **Epistemología de la complejidad: Que es el pensamiento complejo y la complejidad.** . Gazeta de Antropología. No 20. Desde un punto de vista etimológico la palabra complejidad es de origen latino, proviene de "complectere", cuya raíz "plectere" significa trenzar, enlazar. Remite al trabajo de la construcción de cestas que consiste en trozar un círculo uniendo el principio con el final de las ramitas. El agregado del prefijo "com" añade el sentido de la dualidad de dos elementos opuestos que se enlazan íntimamente, pero sin anular su dualidad. De allí que "complectere" se utilice tanto para referirse al combate entre dos guerreros.

En castellano la palabra "complejo" aparece en 1625, con su variante "complexo", viene del latín "complexus", que significa "que abarca", participio del verbo "complector" que significa yo abarco, abrazo. De complejo se deriva complejidad y complejión. Por otro lado esta última palabra, que aparece en el castellano alrededor del año 1250, proviene del latín "complexio" que significa ensambladura o conjunto.

² Amadeo E. 2007. Seminario de la maestría de economía y gestión, Instituto Universitario ISALUD. Menciona que el mercado de trabajo actual no permite la movilidad social, que hay una alta informalidad,

³ Decreto 939/2000. **Hospital de gestión descentralizada:** es una transformación que hace diez años no ha evolucionado en su cauce natural de ir al autogobierno y la discusión de su presupuesto por productividad.

dico, que no acredita en calidad y la alineación de la seguridad social hacia un modelo competitivo de seguros con demasiados comportamientos oportunistas.

Son organizaciones profesionales complejas, sistémicas, abiertas y disipativas. Tienen un elevado componente jerárquico, con ausencia de riesgo empresarial y nula postura gestora, donde cuatro empresas conviven entre sí, y los paradigmas tecnocráticos se imponen, y provocan dificultades en la gestión de los contratos imperfectos, de la relación de agencia.⁴ Contrasta esta rigidez con la facilidad en la introducción de la tecnología diagnóstica y terapéutica, las dificultades de innovar en la administración, en los sistemas de información, en la cooperación, en la creación de unidades clínicas. La administración de los hospitales está atrasada en dos décadas en el proceso de descentralización ordenada, hacia una mejora en la asignación de recursos.

Pero el hospital actual, no es ni puede ser el Hospital de Beneficencia con raíces en la Edad Media y la Religión, ni el Hospital Científico que se inicia a primeros del presente siglo y se consolida en los años 1950 y 1960. El primero sólo respondía ante la Religión o las Instituciones religiosas del tipo confesional que fuere y el segundo, ante la Ciencia.

A lo largo de los siglos la sociedad aportó cantidades ingentes de recursos económicos financiando la tecnología y la ciencia en que se basa el cambio al *Hospital Científico*. Se pasó al Hospital del claustro y la espera desde la década del setenta. Ese que tomó un modelo de atención deshumanizado, y que estableció el equilibrio de mercado en la cola de espera, y en las barreras de atención, con un fuerte sesgo hacia la oferta. Con profesionales de dedicación parcial y baja productividad.

Pero hoy la sociedad demanda, cada vez con más fuerza, algo tan simple como que ese hospital demuestre objetivamente que se atiende a las personas, que no tienen que esperar innecesariamente y que vale la pena gastar esos recursos que actualmente gasta.

El Hospital debe volver a cambiar y el nuevo hospital, que ya se está gestando, será un centro consciente de los recursos que utiliza, que se preocupa de valorar los costos de la medicina que presta

con los beneficios que de ella se producen. Se podría denominar a este centro el **Hospital Eficiente**, que tomará el relevo al Hospital del claustro de la misma manera que éste lo hizo con el Hospital Científico.⁵

Se observan cambios en el entorno y resistencias en los actores institucionales más fuertes, en una controversia sujeto-objeto, que es la complicada relación entre el sujeto-ciudadano, la realidad, más allá de los índices y el conocimiento científico profesional,⁶ desde la posición objetivista⁷: médico-enfermedades, y paciente-praxis, desde lo fenomenológico: ser humano y prestación de servicios, falta de coincidencia entre demanda y necesidades. Al mismo tiempo, en forma contingente, el entorno ejerce su influencia dinámica y hostil, que puso en evidencia las fallas del modelo burocrático profesional hospitalario. Aumento de los costos y ausencia de responsabilidad sectorial con su asignación, selección adversa al riesgo por parte de los actores profesionales, que alteran de ese modo la gestión de pacientes, sobrecargando la guardia.

Se mencionó a los hospitales como empresas sociales complejas, la complejidad es efectivamente el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones estocásticas, que constituyen nuestro mundo fenoménico. Así es que, la complejidad se presenta con los rasgos perturbadores de la perplejidad, es decir de lo enredado, lo inextricable, el desorden, la ambigüedad y la incertidumbre⁸. Analizando la complejidad de la organización hospitalaria, se plantea desde la superación del paradigma calculatorio-funcionalista por admisión de la complejidad, que supone reconocer las limitaciones de todo planteamiento anclado en el sujeto, es decir, exige recurrir al inapresable flujo de la comunicación, y sobrellevar los conflictos, las contradicciones, las paradojas y el dolor de la persona.

Desde lo hermenéutico: paciente prestación integral, para eliminar externalidades. Conformando la necesidad social de un sistema integrado, que no satisface una estructura de red o matriz eficiente. Paciente y ética profesional, con visión de justicia social, enfrentados a la postergación en la agenda social, que pasa por otras prioridades. Esto exige a los gestores, gerentes, directores de una empresa

⁴ Oteo L. 2006. Diseños organizativos y modelos de cooperación en el sector sanitario. Gestión clínica. Díaz de Santos. Madrid.

⁵ Díaz Aguirregoitia J. Etchenique J Elizondo M. 2002. Gestión y organización hospitalaria. Universidad del País Vasco- www.sc.ehu.es/scrwwwsr/kirurgia/Kirurgia2003.

⁶ Carrizo L., Espina Prieto M., Klein J.T. 2004. Gestión de las transformaciones sociales. Documento No 70. Transdisciplinariedad y complejidad en el análisis social. <http://www.unesco.org>. La incorporación del conocimiento de que las habilidades del saber hacer técnico, tienen que contar con un componente trans, porque solo con hacer bien las cosas técnicamente no basta, hay que hacerlos a tiempo, hay que medir el impacto, hay que rodearse de equipos de alto desempeño, y trabajar en redes matriciales.

⁷ Espina Prieto M. Complejidad y Pensamiento social. www.sintesys.cl. "La posición *objetivista*, en la que se establece una clara separación entre los dos polos de la relación, entre sus respectivas existencias y" en la cuál el objeto es re-presentado (vuelto a presentar) sin que la acción del sujeto, aparentemente, incida en esa relación" y donde el papel de este se limita a "la fijación de las condiciones iniciales y "de frontera" del objeto cognitivo para su indagación o experimentación". La posición *subjetivista* o fenomenológica, donde la constitución de la realidad del objeto se deriva de la acción significadora del sujeto "sin, aparentemente, la incidencia del objeto", el objeto queda limitado a un "fenómeno de conciencia, susceptible de sufrir un proceso de "constitución" como una unidad de sentido cognitivo, valorativo o praxiológico en esa conciencia del sujeto". La posición *hermenéutica*, donde se enfatiza lo relacional, la interacción sujeto-objeto, ambos formando parte de un todo e influyéndose mutuamente. No se reduce el papel del objeto o del sujeto, si no que se ven en una complementariedad intercambiable, dialógica, "considerando reiterativamente al sujeto ya como polo activo (agente, constituyente), ya como polo pasivo (paciente, constituido) y al objeto, a su vez, también reiterativamente ya como condicionante y constituyente, ya como condicionado y constituido".

⁸ Prigogine I. 1996. *El fin de las certidumbres*, Andrés Bello Santiago de Chile.

sanitaria, ponerse en el lugar del otro, incorporando las acciones humanas, los comportamientos paradójicos, el contexto de las estructuras sociales y de poder⁹.

Los servicios de salud tienen como especificidad información imperfecta. Los que demandan servicios médicos tienen una información muy limitada sobre la calidad del producto que están recibiendo. Por lo tanto la experiencia comparativa tiene un peso importante. Cuando una persona se somete a un tratamiento desconoce si es el mejor posible. Su valoración es subjetiva y se basa en informaciones incompletas, juzgando en aspectos no estrictamente clínicos como la accesibilidad, fiabilidad o el trato personal¹⁰.

Surgen resistencias naturales entre los colectivos¹¹ intervinientes que se originan en la postergación, en la rutina, en la falta de motivación, ausencia de incentivos o de mejoras en las condiciones personales. Resistencias que se originan en la incertidumbre, en el déficit operativo que los expone, en gestionar empresas con patrimonio social neto negativo. En responder al aumento de las exigencias sin contar con las posibilidades, en una lucha que es muy desigual y contradictoria, expansión y restricción. Sometiendo a un esfuerzo no graduado del núcleo operativo, médico y técnico profesional, que no se soporta, por la tensiones transicionales con el entorno, expresadas como juicios de mala praxis, amparos, violencia, desconfianza y mal trato.

La situación reconocida no es una simple resistencia al cambio, o estrategias de status quo, o formas de hacer política, sino situaciones que son diferentes, particulares, que tienen identidad en algunos de esos componentes, pero que es necesario descifrar, y dar un marco que condicione mejores situaciones iniciales. Resistencias que se originan en el enfrentamiento de las lógicas de los gestores contra los asistenciales, en la lógica de la gestión con la médica. Desconocimiento de la demanda y de la oferta adecuada. De la carga epide-

miológica. Identificación de las necesidades y establecimiento de la carga sanitaria¹². Traduciéndose en una política de recursos humanos con nombramientos postergados, cargos no cubiertos, funciones no jerarquizadas, bajos salarios, antigüedad vegetativa, cobertura incompleta de los riesgos sanitarios, inseguridad, no respeto de los contratos y estabilidad de la empresa sanitaria.

Esta relación planteada en términos de significación y objetivación, forma parte de una realidad contrastada entre lo existente y lo relacional, entre el presente y lo teleológico¹³, como interactuante de una organización sistémica, que supone asumir esta empresa hospital en su complejidad, multidimensionalidad, de interacción y diversidad. Esta propuesta analítica, expresa que una empresa social no tiene un centro único desde el cual legitimar la observación, no se puede observar como macrogestor, o como mesogestor, director, o médico de planta, auxiliar o usuario. El policentrismo de la observación, el trabajo multidisciplinario que esto precipita, la participación necesaria e indispensable en una organización social donde el núcleo operativo es profesional de alta calificación, contribuyen a un proceso de diferenciación constante.

Entre las observaciones del autor, es interesante recordar que se formula una hipótesis: ¿Por qué no partimos de que hay algo que está y está funcionando?¹⁴ Como núcleo de invariancia, y generación de acciones autoorganizativas, tendientes a encontrar soluciones y compromisos, partiendo de la posibilidad de implementar verdaderos compromisos que funcionalicen promesas de los financiadores públicos y los prestadores hospitalarios, en un esquema relacional potenciado por la provisión de recursos presupuestarios vinculados con la producción. Requiriendo notoriamente la medición adecuada del producto y su case mix.

Los argentinos en general tenemos una cultura refundadora, somos el principio de todas las acciones¹⁵, esto hay que revertirlo autocrá-

⁹ Rojas M. 1998. observaciones de una modernidad ¿inacabada? Facultad de Ciencias Sociales de Chile. <http://rehue.csociales.uchile.cl>. No todo lo moderno es mejor, por ello los planteos demasiado puristas sobre la reingeniería en salud, significan reinventar la rueda, que no siempre es necesario. Por ello este documento ofrece un planteo crítico hacia la modernidad. Esto alcanza lo tecnológico y con ello lo prescriptivo.

¹⁰ Oteo L. 2006. Gestión clínica. Gobierno clínico. Díaz de Santos.

¹¹ El concepto de colectivo de trabajo es el grupo individualizado dentro de una organización que tienen conciencia que el proceso de socialización de su actividad, cuidado, diagnóstico, terapéutica, administrativa o de apoyo, requieren para alcanzar resultados óptimos, el problema es que pueden ser opuestos a los objetivos organizacionales.

¹² Artells Herrero JJ. 1999. Necesidad y demanda Sanitaria. Documento de trabajo No 11: Algunos cambios organizativos y estructurales recientes en los sistemas sanitarios públicos – desconcentración de funciones de regulación, financiación, compra y provisión; contraste entre opciones de aseguramiento voluntario y "Sistemas nacionales de salud", "creciente" "lobbying" de grupos con necesidades específicas; contención de costes asistenciales mediante la integración de niveles; creciente desdibujamiento de las fronteras entre los contenidos de la práctica profesional, entre otros -, parecen haber conmocionado la estabilidad de los valores, intereses y preferencias de los "stake-holders" del sector y, en consecuencia, haber contribuido a la revitalización de la vieja controversia entre "necesidad" y "demanda".

¹³ Díaz GA. 2007. Cátedra de Administración licenciatura de Administración. Tener un objetivo teleológico de mediano plazo, le da al gerenciamiento un norte, genera ilusión por el objetivo. Proponerse un posicionamiento, crecimiento en calidad, en la sustentabilidad, en la incorporación de nuevas competencias.

¹⁴ Luhmann N. 1998. Complejidad y Modernidad. Editorial Trotta. Madrid. Este autor permitió definir los alcances de la concepción di-lógica sujeto objetivo, y también elaboró una nueva teoría de sistemas. Existe un rechazo luhmaniano del sujeto en sus propios términos. Esto abre una serie de reflexiones en torno al problema de la metafísica moderna del sujeto para la sociedad. En la sociedad de las comunicaciones, se necesita acoplarse con las conciencia la metafísica del sujeto es necesaria El sistema de salud puede decir todo el tiempo que es necesario bajar de peso, no fumar, no tomar alcohol y abandonar el sedentarismo, pero el hombre tiene que encontrar realizaciones que permitan hacerlo crecer, y que la vida merezca ser vivida en otras condiciones tan hedónicas como las formuladas, que en realidad buscan la elación ante la imposibilidad de cambiar la realidad. La importancia de la comunicación para construir esta realidad. Que supere el conflicto de intereses entre quienes lucran con eso y las personas que encuentran placer transitorio, comiendo, tomando, fumando y mirando televisión o estando encerrados en el confort de sus casas.

¹⁵ En la burocracia de la administración pública en la Argentina cada nueva administración, que pretende ser la "refundadora" de la institución. Descarta lo construido por las administraciones anteriores. Desalienta a la línea y genera duplicación de gastos y pérdidas de energías. Discontinuidad. Paralización, lentitud, errores.

ticamente, siendo necesario establecer la existencia de una realidad objetivable y la realidad objetivo, en el mediano plazo, que para ello hay que trazar uno o varios caminos, que se denominan líneas estratégicas, que tendrán hitos, metas identificadas, y un camino crítico para llegar al objetivo deseado: ser una empresa social de salud¹⁶, efectiva, eficiente y que contribuya a la justicia social. Cambiando el pensamiento de corto plazo, de caminar rutinariamente hacia ninguna parte, por otro con objetivos realizables, sustentables, inspirados por la mejora continua, desvinculados de las urgencias. Recuperar la institución hospital. No es una institución aislada. Para ello hay que modificar las fronteras organizativas y con ello las modalidades de atención. Con la complementariedad de los dispositivos. La separación de compra y provisión debería transformar la lógica del beneficio económica en beneficio social. Respondiendo con experiencia, economías de escala y transparentando la capacidad operativa de la estructura disponible. Con objetivos de equidad, acceso y equilibrio territorial.

Todos estos factores son impulsores o drivers de cambios que impactan en la frontera organizacional, motivando aumento de los requerimientos asistenciales, clínicos, de gestión, presupuestarios y soportando el ingreso de pacientes más complejos, con más comorbilidades y con experiencias comparativas distintas. Que exigen una inversión tecnológica de mayor monto, pero al mismo tiempo sustancialmente más racional, actuación interdisciplinaria en áreas clínicas y una concepción de servicios, orientada a los usuarios, como eje y sujeto integral de interés. Por ello deben ser conocidas las contingencias, analizados y tenidas en cuenta a la hora de tomar decisiones, tanto políticas, como de mesogestión y microgestión. Que se expresan como información en los indicadores: epidemiológicos, de demanda, de producción, de calidad, económicos, de costos y sociales. Estos cambios para que se instalen exigen una **mayor participación social**, como expresión de la identidad, de las necesidades y de las perspectivas de cada sector, sustituyendo la pasividad, el enfrentamiento, la falta de adhesión y compromiso, por la gestión y la expresión colectiva, sin vulnerar liderazgos de responsabilidad y que estos líderes, estén impulsados en valores institucionales, en la ética,

en un nivel auto-reflexivo vinculado a la cultura e invariancia organizacional, y plasmarse acabadamente en una misión que justifique la razón de ser de la empresa, la visión compartida y los objetivos institucionales.

Compartir información y conocimientos, es otro cambio primigenio junto con la participación, establecer compromisos, objetivos comunes, metas sustentables, y que cada uno asuma su parte proporcional de compromiso, en un clima laboral adecuado, que permita instrumentar cambios institucionales, suficientes y coherentes con la misión de la empresa hospitalaria.

Educar al médico, desde el pregrado y la residencia¹⁷, para que reforme su pensamiento y sensibilidad, se reintroduzca en el proceso del conocimiento y permita el diálogo entre la ciencia y el humanismo, convirtiéndose en un ser humano humilde y satisfecho con su quehacer profesional.

Educar al paciente, para que tenga estilos de vida saludables tendientes la conservación de la salud y la prevención de la enfermedad evitando los riesgos de las consultas e intervenciones innecesarias.

De esta forma se traduce una diagonal de cambio con espacios de socialización, de logros, de construcción de imagen corporativa y un proyecto conjunto. Dinámica de relacionamiento entre personas del área técnica, profesional, administrativa y que realizan procesos interdependientes, que se conocen como clínicos, administrativos y técnico administrativos.

Los resultados deseados son sensibilizar a las personas y construir un tiempo de cambio¹⁸, fortalecer la participación, contribuir a la educación y la formación profesional, incidir políticamente, lograr una sensación de éxito, que impulse la transformación de los paradigmas de complejidad organizacional. En suma un proceso ordenado de diálogo social, que favorezca la apropiación crítica de la realidad, e interpretar las condiciones socioambientales, socio epidemiológicas, en una comunicación participativa y en un paso a la acción. En el ciclo recursivo entre información, conocimiento, toma de decisiones y acción, evaluación y nuevo análisis. Son relaciones causa efecto donde los actores sociales deben estar preparados, y desarrollar sus capacidades.¹⁹ Creando en esta empresa compleja²⁰ un entorno saludable.

¹⁶ Cirino APJ. Hospital una empresa social de salud. 2005. El desafío de conducir un Centro de Salud como proyecto de desarrollo, concentrando sus esfuerzos en formar y mantener Equipos Asistenciales de Alto Rendimiento que cumplan con el objetivo primordial de brindar atención de alta calidad al paciente, optimizando los recursos que siempre han resultado ser escasos y difíciles de obtener. Ediciones deauno.com

¹⁷ Uribe Elías R Facultad de Medicina de la UNAM. www.facmed.unam.mx. Es necesario incrementar las plazas de residencias médicas con una orientación desde la Universidad y las autoridades sanitarias para corregir fallas de mercado en cuanto a especialidades faltantes o que escasea el recurso humano. Modificar los procesos de capacitación y compromiso posterior a la residencia. Que tendría que ser un contrato por cinco años, con tres o cuatro de formación y el resto de devolución del residente al estado que lo financió. El enseñar a pensar, reflexionar, cuestionar, criticar, discutir o comentar, pueden quedar lejanos y solo la respuesta lineal, automática, rápida sea considerada adecuada, y lo que es peor exitosa.

¹⁸ Góngora N Spadafora S. 2006. Gestión del cambio y nuevo modelo de Hospital público. Modulo 2. Diplomado en gestión hospitalaria. Mimeo Ediciones ISALUD. La resistencia al cambio se produce entre otras razones, por la inercia que introduce el hábito, la resistencia de los compañeros, porque se pone en evidencia la imposibilidad de satisfacer el aumento de la productividad, el etnocentrismo cultural, somos los mejores. El cambio en general vulnera las normas del grupo. Falta de comprensión por lo que se necesita. Rigidez normativa. Por corrupción, por lo menos de los objetivos. Falta de destrezas y conocimientos para hacer lo que se necesita.

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. 2005. Marco referencial y estratégico de la Cooperación Técnica en Salud y Desarrollo local. www.paho.org.

²⁰ Declaración del Grupo de Santa Fe 1996 "La complejidad hace referencia a la condición del universo, integrado, y a la vez demasiado rico y variado para que podamos entenderlo mediante los habituales métodos simples mecánicos o lineales. Mediante tales métodos podemos entender muchas partes del universo, pero los fenómenos más amplios y más intrínsecamente relacionados sólo pueden entenderse a través de principios y pautas, no detalladamente. La complejidad trata de la naturaleza, de la emergencia, la innovación, el aprendizaje y la adaptación".

Organización hospitalaria pública que, por otra parte, es una organización social abierta, que tiene una tendencia natural hacia la burocracia profesional²¹ y menos proclive a generar cambios, porque esta inserta en un mercado que no tiene competencias, población cautiva, no compite por precio, y no maneja su recurso humano, no puede planificar, maneja relativamente presupuestos históricos y no conoce los costos por actividad.

Que carecen en general de **gestiones gerenciales** profesionalizadas, de **tecnoestructura** adecuada para normalizar la producción, orientarla hacia guías clínicas, con acciones de mutuo control médico y como consecuencia de ello mejoren los resultados. La tecnoestructura en una organización compleja, multiproducto y adhocrática, debe asesorar al núcleo operativo e interactuar sobre la gerencia media, para que aplique gestión clínica y disminuya la variabilidad de la prestación médica. De **servicios de apoyo**, que generen información suficiente para el proceso asistencial, y la logística adecuada a los requerimientos del aumento de la productividad. Los **gerentes intermedios**, los jefes de servicio, tienen un comportamiento paradójico, de gerentes bilingües, que tienden a balcanizar la organización. Cómo señores feudales.

Sus directores, actualmente, son funcionarios del estado, no intervinen en la formulación del presupuesto vinculado a la producción, y no establecen compromisos de gestión²² ²³. Dependientes a su vez de esquemas de organización de la oferta, mecanismos de compras obsoletos, rigurosos en sus procedimientos, pero no en sus objetivos, centralistas, frecuentemente indiferenciados del conjunto de la administración pública, sin incentivos para la modernización, ni para la competencia del establecimiento, ni la organización de la oferta, con partidas rígidas que no pueden manejarse flexiblemente en la reasignación de gastos, para hacer más eficiente el recurso²⁴.

Formando **burocracias profesionales**²⁵ que han perdido gestión humanitaria, con la formalización de sus procesos desde la prestación y no pensado en los usuarios, se han hecho organizaciones me-

canizadas, con un rumbo derivado del "bis a tergo", más que un direccionamiento originado por la gestión.

Las instituciones con ese marco de **aumento de demanda y limitación presupuestaria, de complejidad y falta de conocimientos gerenciales**, constituyen pares duales contradictorios, con falta de incentivos para la competencia, se han hecho cerradas y se inclinaron a la protección de la oferta. Esto exige una visión desde la perspectiva estratégica que evite dispersión de esfuerzos, establezca con claridad las prioridades, que jerarquizadas transformarán la organización y potenciarán el cambio, para incrementar la legitimidad, optimizar los resultados, evaluando constantemente el entorno cambiante y la mejora del desempeño, en base a la información, orden, reflexión y participación.

Los **cambios exigen reformas en la organización**, o la búsqueda de renovación en los procesos en aspectos críticos, especialmente de los socios-estratégicos, de los jefes de proyecto, de los responsables de los servicios, de los jefes de los servicios, conocidos como los gerentes bilingües. Siendo los valores organizacionales, la renovación en la misión,²⁶ los principios de actuación paradigmática que darán origen a los objetivos generales y organizacionales, los que finalmente deben estar reflejados en la gestión operativa, asistencial y clínica. Buscando construir un proyecto consistente y coherente, para la mejora progresiva de la organización, más activa y dispuesta, para extender el proyecto al resto de los hospitales. Plantear contratos de dedicación exclusiva, extensión horaria, capacitación y actualización de los presupuestos, de los propósitos y relevar las capacidades instaladas para reorganizar las redes de servicios. Además desde la perspectiva de la motivación, es importante el hecho que cada uno de los integrantes sea escuchado, generando espacio no censurable de expresión, libre y sincera, con alcances no sólo en la queja, sino también en las soluciones, en su viabilidad, en un sentido ordenado, jerárquico y funcional, y que entienda los principios institucionales. Para la continuidad y progreso del hospital, su relación con las sintomías de las demandas del medio social, no basta con una represen-

²¹ Díaz CA. 2005. **Desafíos en la gestión hospitalaria**. Mimeo Instituto Universitario ISALUD. Los hospitales tiende a conformar burocracias profesionales, que tienden a formalizar los procesos, eso se hace naturalmente para contener el conocimiento generado en la propia organización. Lo que ocurre habitualmente es que los procesos que se consideran importantes no son los que requiere el cliente, sino la oferta institucional. Son las reglas de una organización feudal, en archipiélagos, no con carácter sistémica.

²² "Preguntas y Respuestas sobre los Compromisos de Gestión", 1999, Proyecto de Reforma de Salud F. Lavadenz, T. Ruiloba, E. Alcocer. Compromisos de gestión, como los contratos entre los servicios o las áreas clínicas con la dirección del establecimiento, que permite orientar los esfuerzos, fijar las metas del servicio, las áreas de mejora en la calidad la eficiencia y la efectividad.

²³ "Compromisos de Gestión, Guía de Indicadores", 2001, Proyecto de Reforma de Salud, Serie Documentos de Reforma de Salud 2, T. Ruiloba, E. Alcocer.

²⁴ Sojo A. 1998. Hacia unas nuevas reglas de juego: Los compromisos de gestión en Costa Rica desde una perspectiva comparativa. Serie políticas sociales. Comisión económica para América Latina y el Caribe. Naciones unidas.

²⁵ De Val-Pardo I. <http://www.cfnavarra.es/salud>. 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 portfollio (cartera de negocios)?, ¿quién tiene miedo de que así sea? 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.

²⁶ Tobar F. **La misión del hospital**. www.isalud.org. La organización es lo único que vence al tiempo y la verdadera organización solo comienza por la misión. En ocasiones los miembros de una organización no consiguen definir su misión en términos de algo superior a ellos, no pueden plantear más que su interés particular en lugar de un aporte a la sociedad. Entonces la misión queda vacía de contenido, no expresará jerarquías ni prioridades, nunca se enunciará o si se lo hace será letra muerta. Probablemente ninguno de los miembros de la organización la recuerde. En ese caso la organización (si es que se la puede llamar así) se resistirá a la planificación estratégica. Todos los ejercicios resultarán estériles y el futuro siempre desbordará a la organización."

tación compartida de sus modos de funcionamiento, no basta con la reflexividad, sino que tiene que actualizar sus relaciones con el entorno, orientar sus competencias, su efectividad a los requerimientos de la comunidad. Para quienes piensan que esta empresa social tiene una alta significación, que en ella se deben albergar principios de la prestación especializada y la integración en una red con objetivos comunes, en un compromiso real y realizable, sustentable y sostenible, en la acción y en la actitud, con gestos y muestras. Para quienes piensan que esta empresa social es una herramienta de equidad horizontal, que puede redistribuir rápidamente riqueza, que servirá de impulso al desarrollo de todo el sistema de salud, que permitirá aumentar el nivel comparativo del sector, mejorar la condición de los trabajadores, que hoy sostienen el peso de la prestación, mediante un esfuerzo que se está agotando. De este modo, los hospitales se aprecian como una producción social, donde las diversas lógicas, intereses y discursos confluyen, otorgándoles su propia identidad y dinámica de cambio. Lo dicho aquí no es panacea alguna. Tiene a su favor 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.

Se debe entender que esta es una empresa del conocimiento, y es necesario **la reforma en el factor humano**, para que tenga una connotación diferente y superior, responder respetando los derechos de los trabajadores, la exigencia de mayor productividad, y mayor eficiencia, pensando en equipos multidisciplinarios de alto rendimiento, en equipos de expertos de intervención, que realicen la enseñanza incidental que hace falta, modificando el sistema de incentivos, centrado en la asignación de recursos, en la renovación de las infraestructuras, en la seguridad y en la disminución del riesgo.

Implantar con consenso un estilo de gestión de personal que subordina lo administrativo y subraya la organización, las relaciones sociales e institucionales y las cuestiones de poder; y en lo referente a la educación del personal, se tienda a reemplazar la mera capacitación reproductora, vertical y centralista, y se promueva su sustitución "por una práctica educativa basada en la premisa del trabajo como factor y espacio educativo, en el aprendizaje de adultos, en el constructivismo cognoscitivo y en la búsqueda activa de aprendizajes significativos sobre la base del rescate del saber y la experiencia del trabajador o aprendiz"²⁷.

El hospital eficiente, es un modelo de gobierno clínico²⁸, como un cambio cultural que debe implementarse en el sistema que asegure los medios para desarrollar la capacidad organizativa para prestar una atención sanitaria que garantice la calidad, enfocada al paciente, responsable y sostenible. En un modelo de gestión clínica con cooperación entre los servicios productores – compradores y los vendedores, entre los productores finales y los que realizan productos intermedios, entre los que interactúan como staff de apoyo y el núcleo operativo. Staff de apoyo que debe darle al núcleo operativo información, logística just in time y mantenimiento de la funcionalidad de la estructura.²⁹ Los cuatro aspectos centrales son: cambio cultural, desarrollo de habilidades técnicas, cambio estructural y desarrollo de un liderazgo efectivo. Además de ser eficiente debe ser versátil, debe contar con instalaciones adaptables con facilidad a los cambios organizativos, afectando lo menos posible a la capacidad del centro. Respetuoso con el medio ambiente, construido con materiales reciclables y no contaminantes. Adaptado al entorno urbano y contemplando en su diseño una gestión integral medioambiental. Seguro, frente a todo tipo de riesgos, aplicando la tecnología en prevenir todos los riesgos y limitar sus consecuencias. Contener los costos sanitarios y aumentar la calidad de las prestaciones. Promover la Dignidad Humana, igualdad, solidaridad y la ética profesional, reconociendo las diferencias en las necesidades, valores y culturas de diferentes grupos poblacionales³⁰ Las dos frases que encabezan este trabajo expresan de manera acabada de que la prioridad hay que centrarla en la refuncionalización de la capacidad instalada, que no se soluciona nada con construir nuevos hospitales con esquemas vetustos de administración, y hay que aplicar formas de neoinstitucionalismo y gobierno clínico que nos asegure la renovación con humanización y uso racional de recursos. Movilización y optimización productiva de recursos externos e internos, además de nuevas asignaciones, especialmente en el plano de recomposición salarial y dedicación profesional. Es un proceso de aprendizaje, que consiste en la incorporación de nuevos saberes y conocimientos, referidos a los procedimientos, pero más significativos son los cambios necesarios en los sistemas de gestión y autoorganización que generan renovación de las bases conceptuales, la transformación de los paradigmas de complejidad, de lo tecnocrático a lo eficiente. Para lograr que la gente enfrente el desafío, ajuste sus valores, cambie sus perspectivas y desarrolle nuevos hábitos, hacia la evidencia, la calidad, la eficiencia y la justicia social.

²⁷ Brito P. Padilla M. Rigoli F. 2002. Planificación de recursos humanos y reformas en el sector salud. Rev. Cubana Educ. Med Super 16(4)

²⁸ Wright J Hill P. 2007. **Gobierno clínico**. El gobierno clínico cambia la actitud, a la hora de asegurar que los pacientes reciben la mejor asistencia posible. Pone de relieve la importancia de los equipos, organizaciones y sistemas en la asistencia sanitaria más que en el trabajo individual. Proporciona un marco para enlazar los diferentes aspectos de la calidad, eficiencia clínica la reducción de errores, y gestión del riesgo, práctica clínica basada en la evidencia, y aprendizaje continuo y participación del paciente. Elsevier

²⁹ Díaz CA. 2007. Gestión y análisis organizacional. Gestión de la complejidad de las organizaciones. Instituto Universitario ISALUD.

³⁰ Viena 1997.